Tome II. — N° 1 Juin 1953

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A LA PSYCHOLOGIE ET A LA PSYCHOPATHOLOGIE DES MYSTIQUES

PREMIERE PARTIE

Les hallucinations de quelques grands inspirés. A propos du livre de Hirsch Loeb Gordon sur le Maggid de Caro.

PAR

Henri BARUK, J. LAUNAY et J. ROLAND

Si le problème des hallucinations chez les mystiques a soulevé tant de discussions en psychiatrie, c'est qu'on oublie trop souvent que ce problème se pose de façon très différente suivant les époques. Entre notre époque rationaliste, athée, et souvent même anti- ou areligieuse, et les époques de foi religieuse, il existe des différences énormes. Actuellement, les vrais mystiques sont rares, nous voulons parler des mystiques religieux. Même chez ceux qui restent des pratiquants en apparence très convaincus, il est le plus souvent facile de constater que consciemment ou inconsciemment leur foi religieuse a été profondément entamée par le prodigieux

succès d'une science qui a apporté la maîtrise du monde matériel, mais qui reste encore rudimentaire et impuissante devant les problèmes spécifiquement humains, la justice, le bien et le mal, la paix individuelle et sociale, et qui trop souvent se borne à appliquer à l'homme les méthodes qui ont réussi dans le domaine de la matière ou des organismes vitaux élémentaires.

C'est pourquoi la plupart des hallucinés mystiques actuels apparaissent comme des malades, car l'atmosphère des grandes croyances religieuses collectives a disparu, et a été remplacée par les croyances politiques ou sociales.

Une deuxième cause d'erreur a été d'envisager sous le même angle les mystiques de toutes les religions. Or, il existe des différences considérables même entre les religions de même souche, comme les grandes religions monothéistes. Dans un ouvrage récent intitulé « Mystiques et faux mystiques » (1), Jean Lhermitte étudie ce qu'il considère comme les vrais mystiques et ce qu'il appelle les « contrefaçons de la vie mystique ». Il étudie les auditions, les visions, l'extase, et la stigmatisation, et leur oppose l'hystérie fabulante, et l'automatisme mental pathologique. Toutefois, le diagnostic différentiel est souvent difficile, en dehors même du contexte de la personnalité et de son action. En outre, M. Lhermitte étudie uniquement les mystiques chrétiens, et encore, même chez ces derniers, il distingue les mystiques occidentaux et les mystiques orientaux.

Mais, si nous envisageons les problèmes psychologiques et psychopathologiques posés dans d'autres religions, nous nous trouvons en présence de problèmes différents, à tel point qu'il est impossible d'étudier des phénomènes aussi complexes sans avoir une connaissance et une expérience profondes du milieu où ils se produisent.

C'est là le très grand intérêt du récent ouvrage de H. L. Gordon, paru en Amérique, sur un célèbre mystique et savant juif, livre intitulé « Le Maggid de Caro », c'est-à-dire sur les paroles entendues par Caro, et les paroles qui se plaçaient dans sa bouche.

I. — La vie de Caro et le mouvement religieux de Safed au XVI[e] siècle

Pour comprendre tout l'intérêt d'un tel travail, il n'est pas inutile de rappeler que Caro est l'auteur d'un ouvrage qui a eu et a toujours une portée considérable dans le Judaïsme, ouvrage intitulé en hébreu « Shoulchran Arourh », c'est-à-dire « La Table servie ». Cet ouvrage représente une codification de toutes les lois

et ordonnances qui s'échelonnent depuis l'antiquité jusqu'au XVI[e] siècle. A ce sujet, le Judaïsme repose tout entier sur la Loi mosaïque, Loi éternelle donnée au peuple juif, à Moïse après la révélation du Sinaï, Code complet réunissant l'hygiène, la médecine, la morale, la vie sociale, les lois économiques, les lois militaires, le code pénal et le code civil, la philosophie, l'histoire et les lois du monde. En un mot, tout ce que peut représenter l'organisation d'une société humaine.

Toutes ces lois et ces ordonnances forment, malgré leur extraordinaire richesse, une unité par leur inspiration monothéiste, et elles s'accompagnent aussi d'une sorte d'historiographie de l'humanité entière et de l'univers depuis la création. Mais, aux diverses époques, cette encyclopédie et cette législation doit être réétudiée et réinterprétée en vue de son application à la vie de chaque siècle. C'est ainsi que la Loi mosaïque, la Torah, a été réétudiée et en quelque sorte redoublée avec une importante jurisprudence dans le livre de la Mischnah au II[e] siècle après Jésus-Christ et commentée avec encore beaucoup plus de détails dans la Gemarah jusqu'au V[e] siècle, l'ensemble constituant le Talmud. Plus tard, au Moyen Age, au XII[e] siècle, en Espagne, Maimonide, grand médecin, savant, philosophe, et grand savant hébraïsant, reprit toutes les législations que nous venons d'indiquer en les confrontant avec son immense expérience, et les réunit dans un immense travail de synthèse. C'est également un travail de ce genre, mais conçu dans un esprit essentiellement pratique, que réalisa, au XVI[e] siècle, Joseph Caro dans son célèbre « Shoulchran Arourh ».

Né en Espagne, à Tolède, en 1488, Joseph Caro a passé son enfance dans la terreur de l'Inquisition, des bûchers, des autodafés. Caro avait quatre ans lorsque fut proclamé le décret d'expulsion en masse des Juifs d'Espagne. La famille Caro faisait partie des 600.000 victimes qui devaient fuir au milieu d'un monde hostile, dans l'atmosphère des persécutions. L'on sait que les Juifs exilés d'Espagne se divisèrent en deux courants principaux : le courant qui vint se fixer en Hollande et qui donna naissance au grand philosophe Baruch de Spinoza, et le courant qui se dirigea vers la Turquie. C'est vers la Turquie que se dirigea Caro et sa famille, et H. L. Gordon suit ses pérégrinations successives vers Lisbonne, puis vers Constantinople, Nicopolis, Adrianople et enfin Safed, en Palestine.

Durant ces longues années, Joseph Caro se donna avec passion à l'étude de la « mer » du Talmud, et se passionna surtout pour l'étude de la Mischnah, ouvrage effectivement prodigieusement

intéressant, auquel Caro voua une admiration immense et une véritable dévotion. Caro pénétra dans tous les détails, étudia aussi les autres commentaires, non seulement ceux de Maimonide, dont nous avons parlé plus haut, mais aussi les commentaires si célèbres jusqu'à aujourd'hui de Rashi, savant juif français, de Troyes, dont les travaux au XI[e] siècle ont laissé une lumière inoubliable dans les écritures hébraïques.

L'atmosphère de cette époque dramatique (à certains points de vue assez semblable à la nôtre) devait aiguiser les esprits et exalter les rêves messianiques. Les persécutions détruisent et renforcent à la fois les croyances. A Adrianople, Caro avait fait la connaissance de Diogo Pires, devenu ultérieurement Salomon Molco, qui appartenait à une grande famille espagnole, et qui occupait un rang important à la Cour même. Mais Diogo Pires était issu d'une famille marranes, qui avait abandonné le Judaïsme sous l'effet de la contrainte. Sous l'influence d'un Juif convaincu, Reubeni, la foi ancienne de la famille de Diogo Pires se ralluma avec une force intense. Il se fit circoncire et devint Salomon Molco. Dès lors, Salomon Molco ne vécut plus que dans la pensée de la Terre Sainte et dans l'attente du Messie. Un Maggid (nous reviendrons sur ce mot plus loin) inspira Molco, afin d'aller en Terre Sainte, et lui insuffla, dit-on, un courage et une foi inébranlables jusqu'à son dernier souffle, car, arrêté par l'Inquisition, il périt dans les flammes du bûcher à Mantoue, fidèle jusqu'au bout à sa nouvelle foi. Cette vie héroïque et cette mort jetèrent une grande émotion dans l'esprit de Caro.

Mais c'est surtout à Safed, en Palestine, que la vie et l'œuvre de Caro atteignirent leur couronnement. Pour se faire une idée de cette histoire, il est indispensable, d'une part de visiter les lieux, d'autre part de rappeler quelques données essentielles sur cette extraordinaire période.

Safed, que l'un de nous a visitée, est une petite ville perchée sur un pic élevé de la haute Galilée, qui surplombe le lac de Tibériade. L'atmosphère de cette région est tout à fait impressionnante. Nulle part dans le monde, sauf à Jérusalem, on ne trouve un ciel aussi pur, une lumière si intense et éthérée, d'une douceur infinie, un air pur et léger qui porte l'âme à un degré d'acuité, de sérénité et de plénitude. Le panorama qui s'offre à l'œil est féerique : aux pieds, la perspective du lac Tibériade, lac comme enveloppé dans un léger voile de rêve ; à côté, la grande hauteur du Mont Canaan ; la ville s'étage avec ses pittoresques maisons, ses petites rues, dans un calme, un recueillement, qui donne l'impression d'être suspendu entre ciel et terre, et dont la clarté dia-

phane du ciel évoque une vision paradisiaque. Paysage mystique, comme celui de Jérusalem, qui explique bien comment la Galilée, qui a été le berceau du Christianisme naissant, a été aussi, après la grande et mystérieuse Jérusalem, le berceau d'un nouveau mysticisme juif aux XV^e^ et XVI^e^ siècles.

Safed devait, en effet, être illustrée d'une part par Caro, d'autre part par le mouvement des Cabalistes. Il importe de rappeler, à ce sujet, que c'est en Espagne, au Moyen Age, que devait paraître, par les soins de Moïse de Léon, un livre étonnant, le Zohar (la splendeur), livre ésotérique apportant les vérités cachées de l'Ecriture. Mais ce livre, d'après Moïse de Léon, se rattachait à une source très ancienne. Le père de la Cabale serait le rabbin Siméon Bar Iorrhaï, qui vivait sous l'empereur romain Adrien et qui, persécuté, s'était réfugié dans une grotte. Le tombeau du rabbin Siméon Bar Iorrhaï est à Méron, sur une hauteur, tout près de Safed, où a été bâtie une ancienne synagogue et qui constitue, à l'heure actuelle encore, un centre de piété juive intense. Mais, pour les Cabalistes, la Cabale serait encore plus ancienne, et aurait préexisté même à la création du monde. Elle représente la doctrine cachée qui sous-tend les Ecritures, la révélation des lois profondes du monde, et de l'Univers, qui s'exprime dans le symbolisme hébraïque et dans l'ancienne langue araméenne.

« C'est à Safed », dans un espace restreint, écrit Gershom G. Scholem (2), « que vécurent ensemble un grand nombre de Cabalistes aux profondes émotions religieuses ». Parmi eux, Joseph Caro, Salomon Alkabetz, Abraham Galanti, David Ibn Zimra, Eliezer Azikri, et surtout les trois piliers de ce nouveau mouvement : Moïse Cordovero (1522-1570), Isaac Luria (connu plus tard sous le nom de Ari, qui constitue les initiales de Adonenu (notre Seigneur) rabbin Isaac), qui vécut de 1534 à 1572, et son très distingué disciple, Hayim Vital (1543-1620).

On connaît notamment la conception développée par Luria sur l'évolution du monde et de l'humanité, suivant les trois phases du Tsimtsum, de la Shebirah et du Tikkun. Le Tsimtsum, ou phase de la création du monde, correspond à la « contraction » de l'Infini divin (Ein Sof) dans la création ; puis, la phase de la Shebirah correspond à la brisure, à la crise du monde divisé et heurté ; enfin, la dernière phase du Tikkun correspond à la phase de restauration, au retour à l'ordre divin, à la période messianique.

Or, au XVI^e^ siècle, au moment des guerres de religion et des cataclysmes qui soulevaient l'humanité, la croyance à l'arrivée prochaine de la période messianique était générale, aussi bien

dans le monde juif que dans le monde chrétien. Les Ecoles de Safed vivaient dans l'attente imminente du Messie, et cette attente entretenait la flamme mystique qui auréolait ce sommet de la Galilée. Toutefois, Joseph Caro, s'il était un croyant profond, ne se rattachait pas dans l'ensemble à ce nouveau mouvement cabaliste. Il faut rappeler à ce sujet que le courant traditionnel du Judaïsme est très différent de la Cabale et même exprime souvent les plus grandes méfiances à l'égard de l'orientation mystique et ésotérique des Cabalistes. Ce courant traditionnel est en grande partie inspiré du verset 28 du chapitre XXIX du Deutéronome : « Les choses cachées appartiennent au Seigneur notre Dieu, et les choses révélées sont pour nous et pour nos enfants pour toujours afin d'accomplir toute la Torah. »

Le but essentiel est donc l'étude de la Loi mosaïque, de la Torah, c'est-à-dire l'étude des ordonnances concernant toute l'organisation de la vie humaine (morale, droit, hygiène, vie sociale, justice, etc., etc...). Cette étude aboutit, en s'augmentant de l'expérience de tous les siècles, à un véritable code, énorme, véritable traité complet qui réunirait dans une synthèse toutes les sciences de l'homme, biologiques, sociales et morales. C'est dans cette tradition que se place Joseph Caro. Son énorme travail, « La Maison de Joseph » (Beit Joseph), devenu « La Table servie » (Shoulchran Arourh), a pour but de dresser un compendium précis, exact, rigoureux de toutes les lois. C'est en somme un immense traité de Droit, de jurisprudence, avec cette correction que, dans la tradition hébraïque, le Droit est beaucoup plus fusionné avec la morale, plus spiritualisé, et également plus fusionné avec la médecine et l'hygiène que dans le Droit occidental, la tradition hébraïque étant synthétique et unitaire.

En tout cas, tout est précis et inscrit profondément dans la réalité dans l'œuvre de Caro, qui n'a nullement l'aspect d'une œuvre mystique. L'histoire nous apprend même que le grand Cabaliste Isaac Luria (Ari) se présentait comme son rival. Caro reste dans la tradition positive, scientifique, sociale, juridique des Talmudistes et des savants juifs traditionnels. Sa vie est également celle d'un homme d'action, comme celle d'ailleurs de la plupart des savants juifs. A ce sujet, il est utile de rappeler que, si l'on met à part le courant ésotérique de la Cabale, courant tout à fait à part dans le Judaïsme, les grands courants mystiques juifs sont surtout à base sociale. C'est le mysticisme prophétique qui repose sur la recherche de la justice (du Tsedek) et de la paix, de la défense des opprimés, du respect mutuel des individus et des peuples, gage de la paix et du bonheur sur terre. Ce Tsedek (c'est-à-

dire cette fusion de la Justice et de la Charité) et cette humanité sont l'expression même de la Volonté divine (*). C'est dans le Tsedek, dans cette harmonie sociale, dans ce dévouement altruiste, que se trouve la Présence divine (la Cherhinah) et que le but même de l'histoire de l'humanité est de réaliser cette harmonie et ce Tsedek, proclamé par Abraham, étudié dans la législation mosaïque, réalisé par le Roi David, proclamé par les Prophètes, et attendu, dans la période messianique, à Jérusalem pour la paix de tous les peuples de la terre !

Toute cette tradition mystique est, en fait, très concrète, et, loin de se reporter dans un idéal virtuel, ne vit qu'en vue de ses applications sociales. Toutefois, ces réalisations ne doivent jamais se faire par la force, ni par la violence, mais par l'exemple et par l'esprit (Zacharie). Joseph Caro, en vrai Juif, semble, dans sa vie, toujours bien fixé dans la réalité, et rien ne fait penser chez lui, au premier abord, à une activité occultiste, en général défendue et vue avec méfiance dans le Judaïsme traditionnel. Il est, à Safed, le chef de la communauté et parvient même au grade de la Semirha.

Cette Semirha, que l'on pourrait traduire par le mot ordination, désignait, en fait, une autorité suprême en Israël. Or, Moïse avait été en quelque sorte ordonné par Dieu lui-même sur le Sinaï, puis Moïse avait transmis son pouvoir à Josué, Josué aux Prophètes, puis les Prophètes, comme il est écrit dans le Pirké Abott, aux membres de la Grande Assemblée, mais après la grande dispersion il n'y avait plus d'autorité suprême en Israël. C'est alors qu'à Safed, Jacob Berab, grand rabbin, conçut l'idée de rétablir la Semirha pour tout Israël, et de faire de Safed le centre de ce Conseil suprême. C'est ainsi qu'en 1538, trente-cinq rabbins ordonnèrent Jacob Berab qui, à son tour, ordonna Joseph Caro, Moses ben Joseph de Trani, Abraham Shalom, et Israël de Korial. Lorsque Berab mourut en 1546, il laissa le trône à Joseph Caro, qui devint donc le Chef de la Cour suprême en Israël, malgré l'opposition du grand rabbin de Jérusalem, Lévi ben Jacob Habib.

Caro fut donc un chef dans la plus haute acception du terme ; il eut, en outre, une vie de famille très active. Trois fois marié, père de six enfants, son dernier enfant est né alors qu'il avait 83 ans. Il eut la douleur de perdre ses deux premières femmes et trois de ses enfants. On peut noter, malgré toutes les secousses qu'il a subies, sa remarquable vitalité.

(*) Voir à ce sujet le livre du Rabbin MUNK : *La justice sociale en Israël* (3).

II. — Le « Maggid » de Caro

Dans son récent ouvrage intitulé « The Maggid of Caro », le Dr Hirsch Loeb Gordon (4) retrace d'une façon remarquable la vie et la personnalité de Caro, et donne les détails les plus précis sur le « Maggid » de Caro, d'après le témoignage écrit par Caro dans son Journal, publié seulement en 1646 à Lublin (Pologne), sous le titre de « Sefer Maggid Mesharim ».

Mais, avant d'analyser ce si intéressant journal, le Dr Gordon rapporte le témoignage d'un contemporain et ami de Caro, Salomon Alkabez, lui-même talmudiste, cabaliste, et poète, très grand poète, car Alkabez est l'auteur d'une des plus belles prières hébraïques, qui est chantée dans toutes les synagogues, le vendredi soir, au moment du début du Sabbat, prière pour « la réception du Sabbat », dans laquelle le Sabbat est assimilé à une fiancée que l'on va accueillir dans la joie, prière désignée en hébreu sous le titre de « Lerha dodi », et qui commence ainsi :

« Viens, mon bien-aimé, au-devant de ta fiancée,
Le Sabbat paraît, allons le recevoir. »

Or, Alkabez raconte qu'il a été témoin lui-même de l'intervention du « Maggid » de Caro. Avant de rappeler ici le témoignage d'Alkabez, il n'est pas inutile de donner quelques explications sur la signification du mot hébreu « Maggid ». Le terme maggid vient du verbe Hagid, qui veut dire causer, raconter, d'où est sorti aussi le terme classique de Hagada, qui veut dire légende, récit, telle, par exemple, la Hagada de Pâques qui raconte les événements de la sortie d'Egypte. La tradition hébraïque comporte, à côté de l'étude juridique et très précise de la Loi, qui se désigne sous le nom de Alarha (la façon d'aller), une couronne de récits, de légendes charmantes, qui agrémentent l'étude sévère des commentateurs de la Torah. Ces « conteurs » sont très nombreux, et très vivants, et cette tradition s'est continuée très longtemps. Notre ami Gottfarsteim, hébraïsant très savant, nous racontait que jusqu'à la dernière guerre, et avant leur destruction, la tradition s'était perpétrée dans les synagogues de la Pologne, de la Lithuanie et des grandes communautés de l'Est européen, d'avoir des maggidims, c'est-à-dire des causeurs qui agrémentaient l'office d'allocutions intermédiaires entre le sermon et la causerie. A côté de ces maggidims en chair et en os, la tradition hébraïque rapporte que bien des personnages, pieux ou savants, dans les écritures, recevaient une inspiration particulière d'un « maggid ».

Le Dr Gordon, dans son livre, étudie de façon très approfondie et très intéressante ce qu'il appelle le « maggidisme », et il définit le maggid comme « un esprit familier qui agit comme un constant moniteur et guide pour le Juste (l'homme pieux, le tsadik), esprit considéré comme un émissaire du ciel, et comme un intermédiaire entre l'homme et le monde du dessous, et le monde invisible qui l'entoure ». Il donne une liste des personnages célèbres ayant eu un maggid. Un des plus célèbres dans l'époque moderne fut le gaon de Wilna, chez qui un maggid lui révélait, la nuit, des secrets.

Le maggid donne lieu au phénomène désigné en hébreu sous le nom de « Bat Kol », c'est-à-dire littéralement la fille de la Voix. C'est généralement une voix douce, faible, qu'on appelle parfois « Bat Kol min hashamain », c'est-à-dire la fille de la Voix venue des cieux ; cette fille de la Voix pénètre parfois le « cœur de l'homme » et est perçue à la fois comme intérieure et extérieure. Cette voix douce est celle qui, dans la Bible, fut adressée à Abraham, au prophète Samuel enfant, au prophète Elie, lorsqu'après l'orage, le vent violent et le feu, il y eut « Kol demama daquah » (Livre des Rois, I, chap. 19, verset 12), c'est-à-dire une « voix douce et fine ». L'on pourrait multiplier ces exemples.

Revenons maintenant au témoignage d'Alkabez tel qu'il est relaté en détails dans le livre de Gordon. Alkabez raconte qu'il est resté seul avec Caro durant une nuit de Pentecôte (Shevouot) et qu'ils se sont abstenus de dormir. Ils n'ont pas cessé un seul instant de réciter la Bible avec ferveur et ensuite ils étudièrent le chapitre « Zeraim » de la Mishnah (*). C'est alors que la voix des cieux se mit à parler par la bouche du « pieux », c'est-à-dire de Caro. C'était, dit Alkabez, qui entendit lui-même cette voix, « une voix haute et clairement articulée ; tous ceux qui étaient autour entendaient la voix, mais ne la comprenaient pas. Et sa douceur était excessivement grande, et la voix augmentait de force, et nous tombâmes tous sur nos faces ».

Que disait la voix ? Avant tout, des paroles d'encouragement aux deux amis pieux et zélés : « La voix de votre étude, la Torah, et la respiration de votre bouche ont monté jusqu'à la présence du Saint, Béni soit-Il, et percé plusieurs cieux et plusieurs atmosphères en montant. » Et la voix ajoutait : « *Je suis la*

(*) Rappelons à ce sujet que la Mishnah, qui veut dire littéralement « redoublement », constitue un ouvrage qui reprend l'étude de la loi Biblique, de la Torah, en vue de ses applications pratiques, ouvrage mis en ordre et rédigé par Juda le Saint au IIe siècle après Jésus-Christ.

Mishnah ; la vieille mère qui réprimande les hommes, vient parler avec vous... ».

La nuit suivante, ils décidèrent d'être dix hommes réunis (la présence de dix hommes est importante dans la tradition hébraïque pour les cérémonies religieuses, le chiffre 10 étant un chiffre sacré, rappelant les dix commandements, et l'esprit social très développé de la tradition hébraïque préfère les manifestations de groupe, qui touchent le peuple, aux manifestations purement individuelles). Donc, la nuit suivante, la présence de dix hommes (ce qu'on nomme en hébreu le minian) étant atteinte, on restait en suspens dans l'attente du Maggid de la Mishnah. C'est alors qu'à minuit exactement, raconte Alkabez, alors que nous lisions les commandements de Moïse et que nous atteignions le chapitre du Shema (*), la Voix du Bien-Aimé commença de retentir et dit : « Ecoutez, amis, zélés des zélés. Réveillez-vous et chantez, vous, habitants de la poussière », et, après avoir dit quelques mots de sagesse, elle continua : « Comme vous vous placez haut, maintenant ! N'ayez crainte des insultes des hommes... Vous êtes les fils de l'Aliyah » (**), et la voix continua d'exhorter et d'encourager, et de parler de l'arrivée du Messie. Le Dr Gordon fait remarquer que la nuit de la Pentecôte constitue l'anniversaire de la Révélation de la Loi à Moïse sur le Sinaï et que, par conséquent, cette date était considérée comme propice aux révélations divines.

Quant au Journal même de Caro, à son manuscrit, il fut publié soixante-dix ans après sa mort, c'est-à-dire en 1646, puis la seconde édition, dont le Dr Gordon donne dans son livre une belle reproduction, a paru à Venise en 1654. Certains auteurs ont pu discuter de l'authenticité de ce Journal. Le Dr Gordon réfute très justement tous ces doutes. En effet, de nombreuses preuves attestent l'authenticité du Journal de Caro. Le manuscrit de Caro était certainement connu avant sa publication. Moïse Cordovero, élève de Caro, en parle. Isaiah Halevi Hurwitz, qui arriva à Jérusalem en 1622, venant de Prague, et qui était un contemporain de Caro, exprime très nettement le fait que Caro avait un maggid, et il fait allusion à l'inspiration reçue par Caro, la nuit de Pentecôte. Nous ne pouvons ici reproduire les nombreux témoignages rapportés par le Dr Gordon concernant l'authenticité du Journal de Caro.

Mais nous ajouterons qu'il est du plus haut intérêt de lire la prière inscrite sur la tombe même de Caro à Safed. Voici la tra-

(*) Le Shema est la principale prière israélite : « Ecoute, Israël, le Seigneur, notre Dieu, le Seigneur est Un. » C'est le chapitre de l'Unité Divine.
(**) Le mot Aliyah indique la montée en Terre Sainte, en Terre d'Israël.

duction du début, aussi littérale que possible (*) : « Notre Seigneur, l'orgueil de notre force, le Saint rabbi Iossef Caro, tu es l'homme qui fait trembler la terre, et qui secoue le monde dans tes nombreux livres saints qui ont été publiés, et rassemblés dans toutes les communautés dispersées d'Israël. Comme te l'a promis le Seigneur (le Nom, Béni soit-il), par l'intermédiaire de ce saint Maggid que tu as créé, de la lumière de la Torah que tu as étudiée pour elle-même (de façon désintéressée) ». Notons, dans cette épitaphe sur la tombe de Caro, cette notion nettement exprimée d'une part que Caro a créé son maggid, d'autre part qu'il l'a créé de la lumière de la Torah. Ces observations méritent d'être commentées.

L'épitaphe dit : « Le maggid que tu as créé ». En effet, les paroles du maggid expriment très souvent le fond même de la personnalité de Caro, ses pensées intimes, ses craintes, ses ambitions, en un mot ce que nous avons désigné et étudié sous le nom de « personnalité profonde » (5) (p. 109 à 146). Les paroles du Maggid, rapportées, d'après le Journal de Caro, dans le livre de Gordon, sont d'abord des paroles d'encouragement et d'estime pour Caro. Caro est élevé au rang des « tannaïm ». Ce mot araméen désigne précisément les savants qui ont contribué à l'édification de la Mishnah et qui ont brillé non seulement par leur science, mais par leur caractère et leur haute valeur morale. Le mot « tannaïm » désigne des savants qui furent des « maîtres », au sens le plus élevé du mot. Ce terme fut suivi de celui « d'amoraim », dérivé de la racine amor, qui veut dire parler, terme qui désigne les auteurs des fragments ultérieurs du Talmud, en particulier de la Gemarah (qui veut dire achèvement).

Le maggid dit également à Caro, au nom de la Mishnah, qu'il est son commentateur, son compilateur, qu'il est le « Maître de la Terre Sainte ». Il lui annonce que « le Saint, béni soit-il, le bénit, et que l'entière Académie céleste lui envoie une salutation, et que les loyaux prophètes, les tannaïm, les amoraim, les saboraim (raconteurs), les geonim (hommes élevés) et codificateurs, tous le bénissent, alors qu'il est occupé lui-même avec leurs mots, etc... ». En somme, le maggid considère Caro comme le vrai continuateur des savants du Talmud, et des codifications de la Loi, ce que d'ailleurs la postérité a reconnu.

(*) Nous remercions vivement notre ami Gottfarteim, qui nous a communiqué une série de documents fort intéressants relatifs à Caro, au Maggidisme, et a bien voulu nous prêter divers ouvrages hébraïques sur ces sujets.

Le maggid assure Caro que le grand Maimonide (qui a vécu au XII[e] siècle) a une grande estime pour son œuvre et est très satisfait de la voie qu'il a adoptée. Rappelons à ce sujet que l'œuvre considérable de Maimonide, qui était, en même temps qu'un Juif pieux et savant, un grand médecin et un grand philosophe, a joué un rôle très important dans toute la pensée du Moyen Age, et a influencé non seulement la pensée juive, mais aussi la pensée chrétienne, en particulier la pensée thomiste. L'œuvre de Maimonide est à la fois une œuvre religieuse et scientifique, qui visait à concilier et à harmoniser les découvertes scientifiques et la pensée d'Aristote avec les textes sacrés. Cette œuvre avait suscité des réactions parfois très vives de la part d'orthodoxes juifs rigoureux et en particulier de Salomon (de Montpellier). Beaucoup de cabalistes critiquaient aussi Maimonide, auquel ils reprochaient un esprit trop scientifique. Il est intéressant de remarquer que Caro a une grande vénération pour Maimonide, et l'œuvre essentielle de Caro, œuvre juridique très précise et très positive, se place, dans une grande mesure, dans la ligne des écrits de Maimonide. Tous deux savaient allier la foi à la science.

Le maggid exalte le mérite de l'étude de la Torah et de la Mishnah, étude qui a ses répercussions dans le monde céleste et qui favorise la création des mondes.

Mais ce sont surtout des conseils que le maggid donne à Caro. Le conseil d'être humble, de sans cesse méditer sur la Torah, d'avoir une vie exemplaire, d'éviter les excès, de se retirer des plaisirs du monde, de vivre d'une façon simple, teintée quelque peu d'ascétisme, etc., etc... Suivent des allusions au Jugement céleste, où Caro sera défendu par les Sages qui ont étudié la Torah.

En outre, le maggid révèle à Caro des secrets métaphysiques qui se rapportent à des croyances mystiques de cette époque : les mystères des « Séfirot », les dix sphères des cabalistes, le problème de la transmutation des âmes. Le terme galgel, gilgoul, qui désigne cette transmutation, signifie littéralement « tourner, rouler ». La langue hébraïque, toujours très imagée et concrète, évoque dans ce mouvement l'idée de personnages roulant dans les siècles, de même que ce terme de Gilgoul désigne le dernier voyage des âmes qui rouleront ainsi jusqu'à Jérusalem, le Jour du Jugement dernier et de la venue du Messie. Parmi ces transmutations d'âmes — notion d'ailleurs peu hébraïque et qui semble être héritée de la métaphysique des Grecs — on peut noter une curieuse révélation du maggid à Caro, relative à sa femme. Le maggid révèle à Caro que sa femme, dans une vie antérieure,

aurait eu une âme d'homme, et d'un homme d'étude consacrée à la Torah. M. J. Lhermitte, dans son travail sur le « Maggib de Caro » (6) (notons en passant que le maggid est ici mal orthographié et que le terme de maggib n'a pas de sens en hébreu), considère que cette idée exprimée par le maggid de Caro traduit chez ce dernier l'existence d'une aberration sexuelle, et J. Lhermitte écrit à ce sujet ce qui suit : « Que dire enfin sur le gilgulisme de sa femme, laquelle ne serait autre que le représentant transformé d'un mâle authentique puni pour son avarice. Ne découvre-t-on pas là un témoignage dissimulé d'une homosexualité qui s'ignore et le désir voilé de vivre dans l'état de mariage avec l'illusion d'être une personnalité féminine ? Nous nous garderons de nous étendre plus avant sur ce problème que nous abandonnons aux disciples de Freud, ils pourront trouver là une riche matière à leurs gloses. »

Nous pensons, quant à nous, que cette interprétation de M. J. Lhermitte ne cadre pas du tout avec tout ce qu'on sait de la personnalité de Caro, et que la révélation du maggid de Caro peut s'expliquer par des notions toutes différentes qui nécessitent des connaissances historiques spéciales. Il est bien connu, dans la tradition hébraïque, que la science des Ecritures est placée au-dessus de tout et que cette science est surtout le fait des hommes. La femme, considérée comme l'aide de l'homme et la gardienne du foyer, n'est pas placée, du moins dans le Judaïsme traditionnel, à l'égal de l'homme au point de vue de l'étude. Bien que vénérée en tant qu'aide de l'homme (suivant le terme biblique « Ezèr cnegdo »), en tant que compagne, que mère des vivants (Genèse), bien qu'exaltée dans la célèbre prière chantée le soir du Sabbat, à la maison, comme la courageuse âme du foyer, la femme est néanmoins quelque peu infériorisée en ce qui concerne l'étude de la Loi. La religion juive est une religion masculine, où l'homme tient la prééminence. C'est pourquoi, lorsque, dans les textes hébraïques, on veut honorer particulièrement une femme, on lui attribue parfois des qualités masculines. La prière du Sabbat, célébrant la femme vertueuse, dit « Ichah rhail », ce qui voudrait dire littéralement « femme d'armée ». La femme d'un savant de la Loi acquiert par là un certain prestige, de même que la fille d'un rabbin. Mais encore plus — si on admet la métempsychose — une femme qui, dans une vie antérieure, a été elle-même un savant de la Loi. Il est de fait que les études très ardues, études sociales et juridiques, de la Loi et du Talmud sont en général assez peu accessibles aux femmes. Les hommes les étudient seuls, les femmes suivant la Loi pour plaire à leur mari, mais ne

s'y donnant pas autant que l'homme. Tandis que dans les églises chrétiennes la majorité des pratiquants sont des femmes, dans les synagogues la majorité sont des hommes (dans toute réunion religieuse valable, on exige la présence de dix hommes et non de dix femmes).

On peut donc comprendre que Caro, qui avait pour sa femme un amour intense et une grande affection et admiration, ait trouvé comme suprême hommage l'idée qu'elle avait été dans une vie antérieure un savant de la Loi (mérite supérieur à tous les autres), mais il fallait expliquer pourquoi de savant de la Loi son âme avait été transmutée en femme. Cette transmutation représentant un amoindrissement, cela ne pouvait dépendre que d'une sanction. C'est pourquoi Caro imagine que, dans cette vie antérieure, l'âme de ce savant n'avait pas été assez généreuse, et c'est pourquoi elle avait été punie en étant transformée en femme. Cet exemple montre combien la connaissance du milieu et de l'histoire est indispensable aux interprétations psychologiques et psychiatriques.

On retrouve encore dans le Journal de Caro d'autres idées qui expriment de toute évidence la personnalité profonde de l'auteur : l'annonce de son succès, de la durée de son œuvre, du fait qu'il édifiera plus d'élèves que ses ennemis, de la réussite de son fils et de l'idée que ses fils verront la restauration du temple de Jérusalem, et des promesses sur sa suprématie sur ses rivaux, en particulier sur le cabaliste Ari (de Safed), que nous avons mentionné plus haut et dont l'influence et le prestige ont été aussi très grands à la même époque. Ari (c'est-à-dire le Lion), dont le nom représente, suivant une tradition hébraïque, les initiales de son nom détaillé (*A*chkenazi *R*abbi *I*saac), est enterré à Méron, près de Safed, sur une hauteur que l'un de nous a visitée, dans un site majestueux et lumineux, où l'on voit les restes d'une ancienne synagogue et où se trouvent le berceau de la Cabale et le lieu d'origine, d'après la tradition cabaliste, de son fondateur, R. Siméon bar Yohaï (fig. 1 et 2).

III. — Analyse des idées de Caro

Le mysticisme ésotérique et le mysticisme prophétique

Si les déclarations du maggid de Caro révèlent incontestablement les préoccupations intérieures de Caro lui-même, ces idées doivent être analysées tout d'abord par rapport à son époque et à la tradition religieuse à laquelle appartient Caro, c'est-à-dire à la religion juive.

Si, incontestablement, Caro, par ses ouvrages juridiques et le travail immense de codification des lois qu'il a fait, appartient bien à la lignée des sages et des savants juifs du Talmud, et de ceux qui sont survenus après le Talmud, Caro présente, en plus des croyances juives authentiques, des conceptions ésotériques qui peuvent résulter de son époque et aussi des influences extérieures subies. Il en est ainsi notamment de son ascétisme, de sa méfiance à l'égard de la chair, de ses idées de mortification, ainsi que de cette idée, qui revient sans cesse, de l'appel au martyre, et de la purification des péchés par le feu. Toutes ces idées trahissent l'influence du Christianisme de cette période du XVI^e^ siècle et celle, si forte, qu'avaient exercée les persécutions de l'Inquisition sur l'esprit des Juifs de cette époque. Comme il arrive souvent, les victimes finissent par être impressionnées par les conceptions de leurs oppresseurs. L'ascèse et la mortification sont beaucoup moins marquées dans la tradition judaïque, qui ne vise qu'à guider la nature, sans la refouler et sans la détruire. Il est sans cesse répété que la Loi de Moïse a été donnée à l'homme pour la vie et non pour la mort, et que ses commandements sont destinés à procurer le bonheur sur cette terre. De même, l'évasion vers les mystères spirituels cachés, évasion qui constitue un des caractères essentiels de beaucoup de mysticismes, est réduite, dans la tradition juive, qui s'appuie sur le célèbre verset de la Loi de Moïse, qui indique que les choses cachées appartiennent à l'Eternel et que les choses révélées sont pour nous, afin d'en appliquer les commandements. De là, cette atmosphère d'amour de la vie, d'action, de réalisation, de perfectionnement social, et de marche les pieds bien placés sur terre, qui caractérise la vie juive authentique.

A ce sujet, le courant cabaliste, et le courant mystique et ésotérique qui s'est développé au XV^e^ et au XVI^e^ siècle en Galilée et à Safed, représentent une orientation quelque peu différente, bien que greffée sur la même source du Judaïsme traditionnel, du Judaïsme mosaïque. Il est curieux de constater que, de même que pour le Christianisme, les courants essentiellement mystiques issus du Judaïsme ont eu leur berceau dans la Galilée. Il existe à ce sujet, dans l'histoire, une sorte de distinction et presque d'opposition, qui se traduit même dans la terre et dans les paysages, entre la grandiose et vigoureuse atmosphère des monts de Judée, tout spécialement de Jérusalem, et la douceur infinie et le paysage de rêve que constitue la Galilée. A Jérusalem, la pureté totale de l'air et de la lumière, la grandeur des montagnes, et le caractère accusé, cru et majestueux des lignes, traduisent la puis-

sance du Dieu Unique, et aussi tout respire dans ces montagnes de Judée la force de l'action et de la réalisation. En Galilée, sur les bords vaporeux du lac Tibériade, dans la douceur de l'air, et le bruissement des oiseaux, dans le charme d'une nature enveloppante, l'esprit s'évade vers l'au-delà et semble se détacher de la terre vers un monde idéal. Par deux fois, à seize siècles de distance, on a vu éclore près du doux Kinneret une aspiration éthérée vers la proche arrivée du Messie.

Ces deux tendances, inscrites dans l'histoire et dans la texture même de la Terre Sainte, représentent aussi les deux courants psychologiques qui animent les mystiques. Le premier courant, très puissant dans le Judaïsme initial, et qui reste très vivant, est un courant à base essentiellement sociale, où l'idéal moral n'a de valeur que réalisé dans une société juste ; ce courant trouve son expression dans le *prophétisme*. Le prophétisme est solidement inscrit dans la vie de chaque jour. Il représente la défense de l'opprimé, de la victime des traitements injustes, la défense des lois sacrées de l'humanité. Le prophétisme est l'expression du Dieu Unique dans l'action sociale et dans la vie quotidienne, du Dieu « qui est le gardien éternel de la Vérité, qui rétablit le droit pour les victimes de l'oppression, qui donne le pain aux affamés, qui libère les captifs, qui ouvre les yeux des aveugles, qui relève ceux qui sont courbés, le Dieu qui aime les justes, le Dieu qui protège l'étranger, qui soutient la veuve et l'orphelin, qui détourne la voix des méchants » (Psaume 146).

Le prophétisme est le fait d'hommes d'action, d'hommes au grand cœur, qui ne cherchent pas, par des ascèses, ou des mortifications, à détacher l'âme vers des mystères ésotériques, mais qui combattent dans la vie sociale de chaque jour pour appliquer les principes de Justice et de Charité, fondues en une unité (le Tsedek), du Dieu Vivant, du Dieu d'Abraham, d'Isaac, de Jacob. « Rompre les chaînes de l'injustice, dénouer les liens de tous les jougs, renvoyer libres ceux qu'on opprime, briser toute servitude, partager ton pain avec l'affamé, quand on voit un homme nu le couvrir, ne jamais te dérober à celui qui est comme ta propre chair ! Alors, poindra comme l'aurore ta lumière, et ta guérison promptement s'épanouira, et devant toi s'avancera ton tsedek, et la Majesté Divine te suivra ! » (Isaïe, chap. 58).

Le prophétisme hébreu a allumé une flamme qui se perpétue au cours des siècles sans arrêt dans toutes les nations. Il est le moteur du progrès moral et social de l'humanité. On le retrouve chez Péguy, comme chez Pinel ou chez Tuke. C'est un mysticisme d'application et un mysticisme en action.

Le second courant est un courant qui tend à quitter la terre pour s'élever vers l'inconnaissable, vers l'infini, vers le ciel, et pour entrer en communion avec les puissances célestes. L'homme tend aussi dans ce courant, vers la perfection, mais cette perfection comporte une ascension vers la pureté totale, un peu vers la désincarnation, vers la domination et la contention extrême des instincts qui sont en nous, vers la méditation, le repliement sur la vie intérieure, en vue de recueillir le message transcendant. Enfin, ce courant aime les symboles, les interprétations qui révèlent un monde caché, sous-jacent au monde visible, monde caché que l'âme cherche à percevoir par des liens mystérieux qui nous uniraient à lui, mais qui laissent entrevoir une mer de mystère et d'interventions inapparentes.

Dans le prophétisme, l'homme cherche à faire descendre la Loi divine sur la terre et à l'appliquer par le tsedek, par la justice-charité, dans la vie sociale. L'intervention divine se résume dans le fait que Dieu soutient le juste, et, tôt ou plus souvent tard, car lente est sa colère, détruit ou punit le méchant. La conduite de la vie n'a donc pas pour but de pénétrer les mystères, mais de se conduire en juste, et cette conduite assure la collaboration et la protection divines. Chercher ce qui est juste et agir suivant ce qui est juste, sans entrer dans des détails superstitieux, ni compliqués, telle est l'attitude de l'homme qui suit le courant prophétique. Et, par le même fil conducteur, par l'action à distance sur la vie sociale du juste et de l'injuste, il peut prévoir l'histoire et voir en quelque sorte en avant. Le prophète vit dans l'action et pour l'action, d'où le caractère d'unité, de synthèse et de vigueur de sa personnalité.

Le mystique ésotérique, au contraire, au lieu d'avoir les yeux sur terre pour sanctifier notre vie terrestre, a les yeux fixés au ciel pour s'en évader. Replié sur lui-même, dans la méditation, la contention, le détachement de l'âme, dans une attente vers les communications d'un idéal céleste, il attend ce message, et, parfois, ce message prend la forme hallucinatoire, comme Caro nous en fournit un exemple du plus haut intérêt. Cette histoire de Caro nous amène maintenant à étudier le problème des hallucinations chez les mystiques.

IV. — Les hallucinations chez les mystiques

Le problème si ardu des hallucinations chez les mystiques nécessite, pour être abordé, non seulement une expérience profonde de la psychiatrie, mais aussi une connaissance non moins

approfondie du mysticisme et des mystiques. Cette double connaissance est évidemment très rare, et c'est pourquoi ce problème reste si obscur. Pour l'aborder, il faut aussi éviter d'avoir l'esprit fermé ou borné par des conceptions *a priori* rigides. Par exemple, un certain nombre d'auteurs partent de l'idée, *a priori*, que toute hallucination, inspiration ou phénomène qui n'est pas strictement rationnel est, par définition, pathologique. Le problème des hallucinations chez les mystiques est alors résolu d'avance, avant même d'avoir été abordé, et tous les mystiques, croit-on alors, seraient des malades mentaux !

Toutefois, d'autres auteurs ne sont pas sans remarquer qu'un grand nombre de mystiques qui ont eu des prémonitions, des visions ou des hallucinations se sont comporté comme de puissantes personnalités, et que rien, dans leur vie et dans leur comportement, ne peut faire admettre qu'ils étaient des malades. On admet donc alors qu'il y a des mystiques bien portants et des mystiques malades, ce que M. J. Lhermitte sépare en vrais et en faux mystiques. Mais comment les départager ?

Une pente facile consiste à considérer d'emblée comme vrais mystiques ceux qui ont été consacrés par l'histoire, comme faux mystiques ceux dont la postérité n'a pas autant confirmé la notoriété. On peut alors comparer les phénomènes éprouvés par les seconds par rapport aux premiers pour déterminer s'ils sont authentiques ou faux. Par exemple, M. J. Lhermitte (1), prenant comme modèles de « vrais mystiques », soit sainte Thérèse de l'Enfant Jésus et saint Jean de La Croix, admet le critère suivant : « Tous les mystiques authentiques, écrit M. J. Lhermitte, rejettent loin d'eux tout ce qui peut s'apparenter à quelque phénomène corporel : l'union avec Dieu est sans paroles, intraduisible par les mots, véritablement ineffable. »

Appliquant cette règle qu'il s'est tracée, M. J. Lhermitte estime donc que Caro est un faux mystique, étant donné que non seulement il a entendu la voix de la Mishnah, mais qu'encore les avertissements du maggid ont été exprimés par sa bouche, et qu'en un mot Caro aurait présenté des hallucinations psycho-motrices verbales. « Les révélations que contient le Journal de Joseph Caro, écrit M. J. Lhermitte, sont tout l'opposé de l'expérience mystique, car il n'est aucun mystique qui n'ait formellement rejeté ce que sainte Thérèse de l'Enfant Jésus appelait les paroles corporelles... » En outre, M. J. Lhermitte considère comme pathologique une hallucination où le sujet entend en fait ses propres pensées, en pensant qu'elles viennent de l'extérieur. « Si c'est

bien son langage que son malade entend, écrit M. J. Lhermitte, il ne le reconnaît pas comme sien, il se trouve en quelque sorte " dépossédé ", son langage lui est " aliéné ". »

Ainsi donc, suivant M. J. Lhermitte, Caro est un faux mystique et M. J. Lhermitte conclut ainsi : « Il n'est pas contestable que les révélations, les monitions, les signes célestes que lui adresse le maggid ne sont que de très authentiques hallucinations du langage, des hallucinations parlées ; que celles-ci expriment exactement les pensées profondes de Caro, ainsi que ses désirs cachés, enfin que si l'on voulait chercher une correspondance avec certaines formes de pathologie mentale, c'est à l'automatisme mental de Clérambault, au délire d'influence, au syndrome d'action extérieure d'Henri Claude qu'il conviendrait de penser. »

Si l'on admet le critère de M. J. Lhermitte, on sera obligé de conclure que Jeanne d'Arc, que sainte Bernadette de Lourdes et qu'un nombre considérable d'autres mystiques bien connus n'étaient que de faux mystiques, par le fait même qu'ils ont éprouvé des phénomènes corporels visuels, auditifs ou autres. Ainsi, malgré ses apparences, la conception de M. J. Lhermitte aboutit à ranger l'immense majorité des mystiques dans la catégorie des malades mentaux.

Mais sur quelle base repose le critère de M. J. Lhermitte ? La règle qu'il a prise est-elle justifiée scientifiquement ? En outre, M. J. Lhermitte considère également comme pathologiques toutes les hallucinations qui correspondent aux pensées internes des sujets qui les ont éprouvées. Mais que dire alors des révélations d'Abraham à qui Dieu a annoncé que sa postérité serait aussi nombreuse que les sables de la mer, du rêve de Jacob avec l'échelle montant au ciel, de la plupart des visions, paroles reçues par les prophètes, que dire alors des visions de saint Ignace de Loyola, dont Brierre de Boismont écrit : « Ces hallucinations (d'Ignace de Loyola), en les admettant comme telles au point de vue scientifique, n'étaient que l'expression la plus forte de ses méditations, le résultat de convictions profondes qui formaient le trait distinctif de cette période. La pensée qui le remplissait tout entier se colorait, prenait une forme matérielle et se présentait à l'œil de son esprit, suivant la belle expression de Shakespeare, sans qu'il y eût la moindre apparence de folie ; l'idée mère, dans ce cas, au lieu d'être intra-cérébrale, devenait extérieure, elle se plaçait devant l'individu et le précédait dans toutes ses entreprises. » (7) (p. 490).

Nous pourrions multiplier les exemples qui montreraient de

toute évidence que la thèse de M. J. Lhermitte aboutit à ranger dans l'aliénation mentale presque tous les mystiques et même ceux dont la vie active, adaptée et remarquable n'a donné aucun signe de maladie. On voit donc combien le problème est plus complexe qu'il ne paraît.

En ce qui concerne le livre de Gordon sur Caro, le Dr Hirsch Loëb Gordon lui-même consacre la fin de son livre à discuter les diagnostics de toutes les maladies mentales que l'on pourrait appliquer à Caro. Cette partie du livre de Gordon est du reste négative, car le Dr Gordon a beau passer en revue les signes de l'asthénie, de l'artériopathie, de la psychose maniaque dépressive, de la paranoïa, de la psychose paranoïde, de la paraphrénie, de l'hystérie, de l'extase, il ne peut réussir à trouver une maladie à Caro, et le grand mystique semble se jouer de tous les efforts des psychiatres qui cherchent à transposer sur sa personnalité un chapitre de pathologie mentale !

Aussi peut-on être d'accord avec M. Jean Lhermitte, bien qu'il exprime une opinion contraire à la fin de son article, lorsqu'il écrit à ce sujet : « Que Joseph Caro ne fut point atteint d'une grave maladie mentale, il est difficile d'en douter. La vie de cet homme vénérable, profondément pieux, dont toute la vie fut consacrée à l'édification du prochain, ajoutons même dont la conduite ne donna lieu à aucune singularité extérieure, tout en vérité s'inscrit contre la supposition d'une aliénation authentique de l'esprit. » (6).

Il faut donc chercher dans une autre voie la solution de ce problème, et trouver un nouveau fil conducteur et une autre orientation pour l'élucider.

V. — La voix de la conscience et le monothéisme

Pour pouvoir aborder ce sujet si capital pour l'histoire de l'humanité, il est nécessaire d'approfondir certaines données à la fois psychologiques et historiques sur la découverte du monothéisme.

La psychologie et la psychiatrie nous apprennent que, chez l'homme normal, il existe, derrière le champ apparent de la vie psychologique consciente, champ naturellement limité par l'activité du moment, une mer immense de pensées, de sentiments, de jugements de valeur, de forces affectives connues ou inconnues, conscientes, subconscientes ou inconscientes, qui offrent une

valeur et une étendue infinie (*). Le terme inconscient n'en couvre qu'une partie, c'est pourquoi, à ce terme actuellement à la mode, nous avons préféré le terme de « personnalité profonde ».

Nous avons montré, dans notre ouvrage de Psychiatrie morale, par de nombreuses observations, notations, expériences effectuées avec les méthodes d'investigation modernes, l'existence, dans le fond de la personnalité profonde de tout homme normal, d'un *jugement de valeur très particulier* en ce qui concerne sa conduite et ses actes. Ce jugement reste indépendant. Bien qu'enfoui dans la personnalité du sujet, il ne se laisse pas dominer par elle, et il en résulte que, lorsque le sujet commet de vilaines actions, il peut avoir intérêt à étouffer ou à supprimer ce jugement de valeur, ou bien le tromper. Mais, refoulé, ou trompé, ce jugement de valeur persiste et continue même une vie souterraine dans l'inconscient de façon irréductible. Ce jugement de valeur, c'est la conscience morale, encore plus puissante et plus redoutable quand elle est refoulée dans l'inconscient, car son jugement péjoratif non explicite entraîne alors un malaise persistant, un sentiment d'accusation qui provoque dans la personnalité des efforts incessants et jamais satisfaits de justification, de dérivation, de réactions, de haines, qui peuvent aller jusqu'à une folie terrible et gigantesque.

Ainsi, cette conscience morale représente une réalité psychologique extraordinaire, incluse dans les profondeurs de la personnalité, indéracinable, et cependant assez distincte de cette personnalité pour parfois faire entendre sa voix, la voix de la conscience. *Cette voix de la conscience, cette voix qui juge, qui peut accuser, est déjà à l'état virtuel une possibilité d'hallucination, car elle représente une force psychologique interne puissante qui, cependant, ne fait pas totalement corps avec le reste de la personnalité et garde assez d'indépendance pour la juger.*

Or, deux possibilités peuvent se présenter : ou bien l'homme néglige ce jugement, cette force, il la refoule et ne l'entend plus. Il se croit libre, mais, sans qu'il s'en rende compte, il est travaillé sans cesse par cette force qui l'éperonne, l'agite, le trouble, le rend alors méchant, aigri, impulsif, haineux et animé de mauvais penchants sans savoir pourquoi. Alors, la conscience morale refoulée et violée détermine la guerre : la guerre et la fureur à l'intérieur de la personnalité, et la guerre à l'extérieur.

(*) On trouvera tous les détails à ce sujet dans le chapitre intitulé « Le problème de la conscience », chapitre faisant suite à celui intitulé « Personnalité profonde », dans l'ouvrage de *psychiatrie morale*, de H. Baruk (5) (p. 158).

Pour l'écouter, pour composer avec elle, et connaître les lois de cette force mystérieuse, il faut d'abord savoir qu'elle existe. Il a fallu la découvrir. Or, si elle avait été vaguement entrevue dans les temps les plus reculés, cette force n'a été découverte que par le monothéisme hébraïque. Cette découverte constituait une découverte psychologique, celle d'une force nouvelle inscrite dans la personnalité humaine, d'une force dynamique susceptible de déterminer des réactions formidables. C'est pourquoi on a parlé de la découverte d'un « Dieu Vivant » (*).

Ce Dieu est bien à l'intérieur de l'être humain. A ce sujet, la belle prière de Salomon Ibn Gabirol exprime admirablement cette vérité psychologique en parlant de « l'âme, du souffle d'un Dieu qui est en nous », qui voit toutes nos pensées cachées (et que, par conséquent, on ne peut pas tromper), « Eli btorh kirbi », « Mon Dieu dans mon sein ».

Cette découverte capitale, sensationnelle, est donc une découverte psychologique, qui peut être entièrement vérifiée en psychologie et en psychiatrie, et objectivée par des méthodes scientifiques, comme nous y avons insisté.

Bien entendu, la science ne se pose jamais le problème de la nature des phénomènes. Quelle est la nature de cette force psychologique qui existe en chacun de nous et qui émet des jugements de valeur incoercibles sur notre conduite ? La science ne le sait pas, mais se borne à objectiver l'existence de cette force, à en enregistrer les effets, et à en étudier les lois. C'est là une science spéciale que l'un de nous a désignée sous le nom de « psychiatrie morale » et à laquelle il a consacré un ouvrage très détaillé (5).

Mais, le point de vue théologique va plus loin et a donné une explication sur la nature de cette force psychologique intérieure. Cette force, suivant la théologie, est la projection à l'intérieur de chaque personne humaine d'une Force Cosmique Universelle, qui a créé le monde, l'Univers, et qui dirige cet Univers, ainsi que la marche de l'Humanité (**). Cette Force dirige l'Univers sui-

(*) Certains auteurs négligeant l'importance de cette force psychologique réelle, ramène la notion de Dieu à la simple création d'un mythe, d'une image relative au mystère. C'est en partie la position de M. Diel dans son récent ouvrage, « La Divinité » (22).

(**) Voir à ce sujet le livre de Josué Jehouda : « Le monothéisme, doctrine de l'unité » (8).

Rappelons également que dans son récent ouvrage, « La réciprocité des consciences », Maurice Nédoncelle (23) insiste aussi sur le caractère à la fois transcendant et immanent de Dieu et sur le fait que « la conscience peut communiquer avec son Dieu par une révélation brusquée, par un court circuit de la connaissance ».

vant un esprit de Justice, contrairement aux autres forces de la nature qui ne sont que des instruments et ignorent le bien et le mal (tels le vent, la foudre, les instincts animaux même, etc...). La Force Souveraine, la Force Créatrice, est une Force Morale qui représente un jugement de valeur, et qui utilise les autres forces en vue d'exécuter ses jugements. L'être humain possédant une projection en lui de cette Force Morale est par là-même construit à l'image de Dieu, et est lié à Dieu et au Cosmos par sa conduite. Telle est la doctrine théologique complète du monothéisme.

Si nous restons sur le plan strictement scientifique, nous devons nous borner à l'étude psychologique et psychiatrique de la conscience morale chez l'homme, et aux retentissements, sur cette conscience morale, de l'attitude psychologique adoptée ! Si l'homme ignore ou néglige cette conscience morale, il tombe sous le joug d'une force qu'il ignore, qui le trouble, et il risque alors de devenir une brute ou un monstre, avec des haines et des perversions effroyables par lesquelles il est poussé, comme un aveugle, à tout détruire.

Si l'homme essaie de connaître cette conscience morale, il est amené non seulement à régler ses actes, mais encore, étant donné les très grandes difficultés des décisions à prendre, à prendre conscience de l'inspiration de ce jugement profond. Ainsi, l'homme doit s'habituer à percevoir cette inspiration par la réflexion, par une sorte de culture de sa vie intérieure. Cette habitude, si elle est très poussée, aboutit à un véritable hyperdéveloppement de la conscience morale. C'est ainsi que les Prophètes, dans les décisions importantes, comme, par exemple, s'il fallait attaquer l'ennemi ou battre en retraite, se retiraient pour tâcher de trouver l'inspiration. Parfois, celle-ci restait muette. D'autres fois, leur esprit s'éclairait de la bonne décision à prendre qui apparaissait alors avec certitude. Cette inspiration, c'était le conseil même de Elohim, du Dieu inscrit en nous-même.

Cette inspiration est une des caractéristiques de l'être humain dans la plus haute acception du terme. Un homme, qui serait incapable d'inspiration, et qui n'agirait que par habitude, par réflexes ou par automatismes, ne serait plus un homme, mais un automate, un être dégradé et déchu. C'est malheureusement vers la réalisation d'un tel automate qu'un certain nombre de courants de notre époque pousse la psychologie et la philosophie, au mépris des valeurs humaines (9). La méconnaissance de la conscience morale aboutit fatalement à la fabrication d'esclaves et d'automates en séries, car la conscience morale est la garantie essentielle de la liberté et de l'initiative humaine. *Elle institue la*

liberté avec son corollaire, sa responsabilité. Si elle est méconnue, l'homme se transforme en un personnage étriqué, misérable, et méprisable, sorte de valet automatique dont l'histoire du golem, ou plus récemment les romans de Kafka, nous offrent une description saisissante et terrible, celle d'une humanité transformée en apprentis sorciers et en tortionnaires aveugles et déshumanisés !

L'inspiration peut, lorsqu'elle est très développée, côtoyer l'hallucination. Ainsi en est-il des artistes, des poètes, des grands inspirés. L'inspiration a été, par les poètes, personnifiée dans la Muse et, sous une forme figurée, la Muse exprime déjà l'idée de quelque chose d'étranger que reçoit la personnalité.

L'on comprend ainsi que le mystique, qui développe au plus haut point cette voix intérieure de la conscience et qui croit que cette voix est une émanation du Dieu, créateur de l'Univers, puisse finir par l'extérioriser et par l'entendre. On comprend ainsi parfaitement que, comme il a été dit plus haut pour Caro, le mystique ait l'impression à la fois de créer cette voix et de la recevoir des cieux, sa voix intérieure étant liée même à la manifestation de la Divinité. C'est pourquoi tous les mystiques se sont attachés à ces expériences de la perception interne de la Conscience Morale, tous ces grands inspirés ont éprouvé des phénomènes analogues. Et nous en trouvons des exemples dans la tradition judéo-chrétienne, mais aussi dans d'autres religions. Par exemple, Socrate exprime des phénomènes voisins lorsqu'il parle de son «δαίμον». « En maintes occasions, écrit Maurice Croiset à propos de Socrate (10), on l'avait entendu se référer à un avertissement divin qui le prévenait de ne pas faire telle ou telle chose. C'était, disait-il, une « Voix » qui se faisait entendre à lui secrètement ; il ne l'attribuait à aucun dieu particulier ; il la nommait d'un terme vague « l'esprit divin » (το δαιμονιον). Rien ne permet de mettre en doute un fait si nettement attesté. Socrate, de très bonne foi, s'est cru favorisé d'une sorte de révélation toute personnelle, intermittente, il est vrai, et restreinte, mais fréquente et certainement émanée d'un dieu. »

D'ailleurs, dans l'Apologie de Socrate, les dernières paroles de Socrate à ses juges sont les suivantes : « Mais voici l'heure de nous en aller, moi pour mourir, vous pour vivre. De mon sort ou du vôtre, lequel est le meilleur ? Personne ne le sait, si ce n'est *le dieu* (το θεο). »

Le Dieu de la Conscience Morale apparaît en effet *unique*. Dès qu'il est perçu, les divinités imaginées des choses extérieures apparaissent comme du néant, des mythes, des fictions. Ici, il

s'agit en effet d'une force psychologique interne, vivante, qui ne peut plus être comparée à des objets extérieurs et dont la perception donne l'impression de l'infini. Ainsi se comprennent les liens de la Conscience Morale et du Monothéisme que nous avons étudiés dans des travaux divers (11).

VI. — Hallucinations par exaltation de la voix intérieure et hallucinations par atteinte de la contention de la pensée intérieure

Tout ce que nous venons d'indiquer permettra de comprendre que, dans certains cas exceptionnels correspondant à une croyance intense, à un entraînement spécial au développement de la vie intérieure et enfin à certaines conditions d'époque et de milieu, la voix intérieure de la conscience prenne une force toute spéciale, s'amplifie et finisse par présenter une résonance avec le message attendu du ciel.

Ainsi l'on passe de l'inspiration à l'hallucination chez certains mystiques. Ce passage est souvent d'ailleurs insensible, et bien des visions des prophètes peuvent être interprétées soit comme une représentation mentale, une intuition, soit comme un rêve, soit comme une hallucination. Il en est ainsi, par exemple, de la célèbre vision d'Ezéchiel, dans laquelle le prophète aperçoit des os desséchés, sur lesquels le Seigneur place de la chair, puis souffle l'esprit jusqu'à leur résurrection, ce qui figure la résurrection du peuple d'Israël. Ce célèbre et magnifique passage commence ainsi : « La main du Seigneur fut sur moi et le Seigneur me fit sortir en esprit et me conduisit au milieu de la vallée, et celle-ci était pleine d'ossements. » (Ezéchiel, chap. 37). Tout ce passage pourrait être considéré comme une inspiration sur l'avenir du peuple d'Israël, inspiration sous une forme hautement poétique, imagée, et saisissante.

On comprend ainsi que l'intensité extrême, extraordinaire, du sentiment et de la pensée, intensité qui pousse l'esprit jusqu'à l'acuité la plus aiguë, et qui saisit la personnalité dans son entier, arrive à des représentations concrètes, vivantes, et à l'extériorisation psycho-sensorielle de la conscience intérieure. Or, cette conscience intérieure donne déjà l'impression d'une force vivante au sein même de notre moi, force vivante que le croyant considère comme la transposition de la Divinité au cœur de l'homme. Rien d'étonnant à ce que, dans cette exaltation extrême, cette voix intérieure semble liée à la Divinité transcendante qui dirige l'Univers.

Ce phénomène nécessite d'une part une exaltation intense de l'affectivité et de toute la personnalité, d'autre part une foi intense, et c'est pourquoi ces phénomènes sont beaucoup plus fréquents aux siècles de foi. Brierre de Boismont, dont les travaux si remarquables sur l'hallucination sont beaucoup trop oubliés, écrivait notamment : « Les hallucinations de beaucoup d'hommes célèbres appartiennent à leur siècle et non à l'individu. Ce qui le prouve, c'est que leurs actes sont marqués au coin de la plus haute sagesse ; que leurs entreprises révèlent des facultés supérieures, un jugement admirable, un esprit infini et l'amour de leurs semblables.

« Les hallucinations de ces personnages ne peuvent être comparées avec celles des fous ; ils étaient les représentants d'une époque, d'un besoin, d'une idée ; il fallait qu'ils fissent ce qu'ils ont fait, leur mission était providentielle. » (7) (p. 445).

Brierre de Boismont n'hésite pas à conclure qu'il existe des « hallucinations compatibles avec la raison » (*) chez certains

(*) A ce sujet, il est intéressant de rappeler Maimonide, et de signaler un passage de son livre « Le guide des égarés. Traité de théologie et de philosophie », traduit par S. Munk, membre de l'Institut, et publié chez A. Franck, Paris.

Dans cet ouvrage, Maimonide consacre un chapitre sur les différents degrés de la prophétie (t. II, p. 337-338). Il écrit entre autres : « Le deuxième degré (de la prophétie), c'est quand il semble à un individu que quelque chose a pénétré dans lui, et qu'il est survenu une force nouvelle qui le fait parler, de sorte qu'il prononce des maximes de sagesse ou une louange (à Dieu) ou des avertissements salutaires, ou des discours relatifs au régime politique ou à la métaphysique, et tout cela dans l'état de veille lorsque les sens fonctionnent selon leur coutume. C'est d'un tel homme qu'on dit qu'il parle par l'Esprit Saint. Ce fut par cette sorte d'Esprit Saint que David composa les Psaumes et que Salomon composa les Proverbes, l'Ecclésiaste et le Cantique des Cantiques. De même, ce fut par cette sorte d'Esprit Saint que furent composés Daniel, Job, les Chroniques, et les autres Hagiographes ; c'est pourquoi on les appelle Ketoubim, voulant dire qu'ils sont écrits au moyen de l'Esprit Saint. »

Dans le même ouvrage, Maimonide écrit encore : « Sache que la prophétie, en réalité, est une émanation de Dieu qui se répand par l'intermédiaire de l'intellect actif, sur la faculté rationnelle d'abord et ensuite sur la faculté imaginative ; c'est le plus haut degré de l'homme et le terme de la perfection à laquelle son espèce peut atteindre. » Maimonide ajoute qu'il faut une troisième condition à la prophétie, « la perfection des mœurs, des mœurs humaines pures et égales », qui se traduisent dans la conduite de la vie. Maimonide ajoute également : « Il faudrait aussi que la pensée et le désir de cet individu (le prophète) fussent dégagés des ambitions vaines, je veux dire du désir de dominer ou d'être exalté. » Par ailleurs, Maimonide insiste sur l'importance de la faculté imaginative dans la prophétie. « Si cette émanation de l'intellect actif se répand sur la faculté rationnelle de l'homme sans qu'il s'en répande sur ses facultés imaginatives (soit parce que l'émanation elle-même est insuffisante, soit parce que la faculté ima-

grands inspirés. Il rapporte ainsi le cas de Malebranche déclarant « qu'il avait entendu distinctement en lui la voix de Dieu » ; de Descartes qui, « après une longue retraite, fut suivi par une personne invisible qui l'engageait à poursuivre les recherches de la vérité », de Newton, etc...

« Lorsqu'on lit la vie d'un personnage illustre, écrit Brierre de Boismont, il ne faut jamais perdre de vue qu'elle se compose d'une histoire et d'une biographie. L'histoire, c'est la partie spirituelle ; la biographie, la partie mortelle. Vouloir juger l'une sans l'autre, c'est se tromper et tromper les autres. Les enfantements du génie donnent lieu à des phénomènes qui sortent souvent de la voie commune, ce sont les matériaux bruts, la gangue, qui disparaissent sous le ciseau de l'ouvrier, pour ne laisser voir que le chef-d'œuvre ; ce sont, si l'on veut, les hallucinations ; mais elles n'ont point d'action sur les vérités enseignées, et celles-ci subsistent avant comme après le passage de celui qui s'en est fait l'interprète. »

Brierre de Boismont ajoute encore : « Le besoin de croire est un trait distinctif de notre espèce. Quand il prend pour guides la foi et la raison, il conduit sans obstacle au but vers lequel nous tendons tous ; mais, s'il s'appuie exclusivement sur l'un ou sur l'autre, les plus graves erreurs peuvent en être les conséquences. *La foi sans la raison mène à la superstition, et la raison sans la foi aboutit presque toujours à l'orgueil.* » (*).

VII. — Les hallucinations des grands inspirés et les hallucinations des psychoses

Comment établir les différences entre ces hallucinations de quelques grands inspirés, hallucinations compatibles avec la raison, et les hallucinations qui constituent un des symptômes essentiels des psychoses et de la désorganisation de la personnalité ?

Comme nous l'avons vu plus haut, ce n'est nullement dans le caractère psycho-sensoriel, ni dans le contenu en rapport avec les

ginative est défectueuse dans sa formation première, de sorte qu'elle est incapable de recevoir l'émanation de l'intellect), c'est là ce qui constitue la classe des savants qui se livrent à la spéculation. Mais, si cette émanation se répand à la fois sur les deux facultés, sur la rationnelle et sur l'imaginative, et que l'imaginative a été créée dans toute sa perfection, c'est là ce qui constitue la classe des prophètes. » (chap. XXXVI, p. 281).

(*) C'est nous qui soulignons cette phrase si importante de Brierre de Boismont, dont la deuxième proposition se vérifie de façon si éclatante de nos jours.

pensées du sujet, qu'il faut chercher ce signe distinctif. Le plus grand nombre des hallucinations ont un contenu en rapport avec les pensées profondes du sujet, pensées conscientes ou inconscientes, et ce phénomène est le même chez les grands inspirés ou dans les hallucinations des maladies mentales. Seules, certaines affections, notamment organiques du cerveau, comme les tumeurs cérébrales, l'encéphalite épidémique, donnent lieu à des hallucinations neutres, impersonnelles, à des mots stéréotypés vides de sens. G. de Clérambault a insisté aussi sur des phénomènes du même genre, sur les kyrielles de mots, dans son syndrome d'automatisme mental.

Mais, le caractère personnel et vécu des hallucinations, et notamment la réviviscence d'impressions vives antérieures, ont été bien étudiés par Baillarger (12). C'est ainsi que Baillarger rapporte le cas d'Andral qui, au début de ses études médicales, avait été frappé, dans un amphithéâtre, de la vue du cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers. Le lendemain, à son réveil, il revit le cadavre de cet enfant. « Il était bien là, dit-il, je sentais son odeur infecte et j'avais beau me dire qu'il était impossible qu'il en fût ainsi, cette hallucination dura un quart d'heure. » On pourrait faire remarquer évidemment qu'il s'agit ici plutôt d'une hallucinose que d'une hallucination vraie. Dans son magnifique ouvrage sur l'hallucination, le Dr P. Quercy consacre son deuxième volume à « L'hallucination. Philosophes et mystiques » (13), et il écrit notamment dans son introduction : « Les mystiques exigent un travail distinct, comme théologiens, philosophes et psychologues, comme théoriciens, comme praticiens et visionnaires. » Il ajoute : « Certains dévots eux-mêmes sont trop dociles aux modes scientifiques, et j'ai eu la surprise de voir d'excellents prêtres sacrifier visions, extase, mystique ordinaire, sainte Thérèse et saint Jean de La Croix aux exigences de la psychiatrie. » Le Dr P. Quercy rapporte des études très approfondies sur les hallucinations en rapport avec les préoccupations du sujet qui les éprouve. Il relate notamment les conceptions de Spinoza et la lettre de Spinoza à Balling (13) (p. 79) qui pose non seulement le problème de la nature de certaines hallucinations vérifiées, mais avant tout celui du rêve prophétique. Nous avons longuement étudié ce dernier problème avec des faits concrets dans notre ouvrage de « Psychiatrie morale » (5). P. Quercy rappelle que Spinoza a bien vu le rôle de la détente et d'un état voisin du sommeil dans la production de l'hallucination, fait sur lequel a énormément insisté Baillarger.

Toute étude un peu approfondie montre bien d'ailleurs qu'il

n'existe pas un fossé profond entre l'homme sain et le malade mental. Les malades mentaux, les « aliénés », pour employer ce mot péjoratif et purement extérieur, gardent les mêmes sentiments et les mêmes caractères psychologiques fondamentaux que les autres hommes. Il faut donc se défier de tracer schématiquement des distinctions simplistes, superficielles et erronées. On trouvera d'ailleurs dans l'important ouvrage de Osorio Cesar une étude générale et des descriptions des divers états pathologiques mystiques (15).

Comme l'avait déjà bien vu Esquirol, la différence principale qui sépare l'aliéné de l'homme normal, réside dans l'impossibilité ou la difficulté devant laquelle se trouve l'aliéné de contenir et de masquer ses pensées et ses réactions, parce que, comme l'écrit si bien Esquirol, dans la folie, « l'homme est dans toute sa nudité, parce qu'il n'y dissimule pas sa pensée, parce qu'il n'y cache pas ses défauts, parce qu'il n'y prête point à ses passions le charme qui séduit, ni à ses vices les apparences qui trompent » (14).

Le caractère le plus important des hallucinations des psychoses, et en particulier des délires hallucinatoires, des délires d'influence de Séglas et surtout du syndrome de Clérambault, c'est le fléchissement des mécanismes de contention de la pensée intérieure. Le malade ne peut plus retenir ses pensés intimes, voire même cachées. Il a l'impression que ses pensées sortent au dehors et sont ainsi connues des personnes qui l'entourent. Souvent, il entend répéter ou commenter ses propres pensées (écho de la pensée), ou ses actes. Il a l'impression que sa personnalité est comme ouverte à l'extérieur.

Ces faits, si importants, mis patiemment à jour par les travaux tenaces et approfondis de l'Ecole française, depuis Esquirol, Baillarger, Séglas (16), Gilbert Ballet jusqu'à G. de Clérambault (17), montrent que le point de départ, et le caractère en quelque sorte spécifique de la psychose, de la maladie, est l'apparition des *phénomènes d'automatisme*. Ces phénomènes d'automatisme ne sont pas l'aboutissant, dans ces psychoses, d'une croyance, d'une pensée préalable, d'un dogme, et en cela ils se différencient, comme le montre bien Clérambault, d'un délire mystique ou dogmatique, mais ces *phénomènes d'automatisme surprennent* le sujet et *l'inquiètent,* et c'est alors qu'il cherche des explications aux troubles si inquiétants qu'il ressent et qui lui donnent l'impression d'être dépossédé (Lévy-Valensi) (18) de sa personnalité, de sa pensée. Tout se passe comme si les mécanismes normaux de contention de la pensée intérieure s'effritaient sous l'emprise d'une cause pathologique (infectieuse, toxique, hormonale, etc...), avec issue

incoercible de la pensée au dehors. C'est pourquoi, à un degré plus marqué, la pensée peut sortir au dehors, réalisant ce que nous avons désigné sous le terme de « syndrome de la pensée parlée » (19) (9).

On voit par là-même la différence qui sépare l'hallucination des psychoses de celle des grands inspirés. Dans les premières, le sujet est frappé d'une *impossibilité du frein et de la contention* et d'ailleurs il s'en affecte, et par là-même se sent comme violenté, disséqué mentalement, etc... Sans doute, le contenu de ses hallucinations peut être le même que les idées de sa personnalité profonde, et l'on voit même parfois, dans les hallucinations de certaines psychoses, l'apparition de complexes issus de la conscience morale, et c'est ainsi que Baillarger a bien étudié les « hallucinations de l'ouïe reproduisant les préoccupations actuelles du malade », les « hallucinations de l'ouïe reproduisant toutes les idées du malade », les « hallucinations de l'ouïe reproduisant les paroles des malades », et même les « *hallucinations de l'ouïe reflétant les combats de la conscience* » (12) (p. 280).

Mais toutes ces hallucinations sont incoercibles, et peu à peu la volonté du malade est impuissante à garder le contenu de sa personnalité qui s'échappe comme d'un vase brisé. C'est ainsi que cet automatisme s'étend peu à peu à toutes les manifestations psychologiques et entraîne des troubles du comportement, des impulsions, du mutisme, et une série de dégradations de l'activité qui peuvent aboutir à la désagrégation.

Chez le mystique, l'inspiré, au contraire, la contention est conservée, le sujet reste maître de lui, et c'est pourquoi sa conduite est normale, comme, par exemple, nous l'avons vu dans la vie, rapportée plus haut, de Caro. Non seulement, sa personnalité n'est pas diminuée, ni désagrégée par la voix du Maggid, mais elle est enrichie, exaltée, et, sous l'effet de la foi intense qui l'animait, Caro a pu réaliser une œuvre immense, un travail de juriste éminent, un chef d'école, un chef de communauté, un homme d'action, un chef de famille, etc..., et tout cela jusqu'à un âge très avancé. Un tel dynamisme, une telle efficience, un tel rayonnement, et une activité si féconde, si riche et si adaptée, pourraient-ils être le fait d'une personnalité malade et désagrégée ? Certainement non. Même, pour ceux qui ne partagent pas les vues de Clérambault et qui, comme Henri Ey, envisagent l'hallucination comme faisant corps avec la personnalité, même dans cette conception, l'hallucination suppose un certain degré de dissolution de la personnalité (20).

Une telle dissolution, même ébauchée, même minime, est abso-

lument absente chez Caro. Chez lui, le phénomène hallucinatoire est l'effet de l'hypertrophie et de la puissante vitalité d'une vie intérieure et d'une croyance très forte en rapport avec les croyances de son temps et de son milieu. Tous les faits que nous venons de rapporter montrent bien qu'il est absolument impossible d'admettre, comme l'a fait M. J. Lhermitte, une parenté entre les hallucinations de Caro et le syndrome d'automatisme mental de G. de Clérambault. Nous venons de montrer qu'entre ces deux états, il existe le fossé immense qui sépare une personnalité en pleine puissance et en pleine maîtrise d'elle-même, dont l'hallucination n'est que le reflet de l'intensité de vie, et une personnalité diminuée, impuissante, altérée, et dont la pensée se dégrade et s'échappe devant une volonté déficiente et inhibée.

On peut donc conclure, avec Brierre de Boismont, et comme nous l'avons souligné dans notre récent Précis de psychiatrie (19), qu'à côté des hallucinations pathologiques des psychoses, on peut rencontrer quelques cas, sans doute exceptionnels, d'hallucinations chez de grands inspirés et de grands mystiques, hallucinations qu'on ne peut comprendre que dans leur cadre affectif et social. C'est à cette variété que l'on peut rattacher, estimons-nous, le cas de Caro, qui est bien un mystique authentique et qui a réuni de façon encore plus rare l'inspiration du mystique et les méthodiques réalisations de l'homme de science.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES AUTEURS CITES

1. Lhermitte (Jean). — *Mystiques et faux mystiques*, 1 vol., Bloud et Gay, 1952.
2. Scholem (Gershom G.). — *Jewish mysticism and Kabbala. The Jewish people past and present. Jewish encyclopedic Handbook*, Marston Press, New-York, 1946, vol. 1, p. 308.
3. Munk. — *La justice sociale en Israël*, Editions de la Baconnière, Neufchâtel, 1947.
4. Gordon (Hirsch Loeb). — *The maggid of Caro. The mystic life of the eminent codifier Joseph Caro as revealed in his secret diary*. Pardes Publishing House, New-York, 1949.
5. Baruk (H.). — *Psychiatrie morale expérimentale*, P.U.F., 2e édition, 1950. Chap. IV : La personnalité profonde, p. 109 à 146 ; et Le problème de la conscience, p. 158.

— *Le monothéisme devant la science*, 1 vol., Edition Synthesis, Genève, 1952.

— *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, Paris, Masson, 1938. Chap. : Les troubles de la contention de la pensée intérieure, p. 506 à 585 ; et chap. : Les hallucinations physiologiques et sociales, in *Précis de psychiatrie*, Masson, 1950, p. 276, et *La désorganisation de la personnalité*, P.U.F., 1952.

6. Lhermitte (Jean). — En marge de l'expérience mystique. Le maggib. de Joseph Caro. *L'encéphale,* n° 4, 1952, p. 361.
7. Brierre de Boismont. — *Des hallucinations ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme,* Paris, Baillière, 1845, p. 490 et p. 495.
8. Jéhouda (Josué). — *Le monothéisme, doctrine de l'Unité,* Editions Synthesis, Genève, 1952.
9. Croiset (Maurice). — *Platon, Œuvres complètes,* t. I. Collection Guillaume-Budé, Paris, 1920, p. 126.
10. Baillarger. — *Recherches sur les maladies mentales,* Paris, Masson, 1890. T. I : Hallucinations de l'ouïe reproduisant les préoccupations actuelles du malade, p. 275 ; hallucination de l'ouïe reflétant les combats de la conscience, p. 280.
13. Quercy (Pierre). — *L'hallucination. Philosophes et mystiques,* Paris, Alcan, 1930.
14. Esquirol. — *Des maladies mentales,* Paris, 1838.
15. Cesar (Osorio). — *Misticismo e Locura.* Préface du professeur Pacheco e Silva, Juqueri, São-Paulo (Brésil), 1939.
16. Séglas (J.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses,* Paris, Asselin et Houzeau, 1895, et Préface de « Hallucination et délire », de Henri Ey, Alcan, 1934.
17. Clérambault (G. de). — *Œuvre psychiatrique,* t. II, P.U.F., 1942.
18. Lévy-Valensi. — *Précis de psychiatrie,* Baillière, 2e éd., 1939.
19. Lelong (Pierre). — Le problème des hallucinations. *Thèse,* Paris, 1928, Baillière éditeur.
20. Ey (Henri). — *Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal,* Paris, Alcan, 1934.
21. Lagache (D.). — *L'hallucination verbale et la parole,* Paris, Alcan, 1934.
22. Diel (Paul). — *La Divinité. Etude psychanalytique,* P.U.F., 1950.
23. Nédoncelle (Maurice). — *La réciprocité des consciences,* Paris, Aubier, Editions Montaigne, 1942.

LA THÉRAPEUTIQUE PAR INJECTION INTRAFRONTALE DE NOVOCAINE

PAR

J. DUPLAY et P. COSSA (de Nice) (1)

L'idée d'injecter des médicaments dans le cerveau n'est pas nouvelle, et, dans un article paru ici même il y a un an (2), M. P. Guyot rappelle opportunément que Poirier en parlait déjà. Cependant — et bien que la pratique de ces infiltrations semble être devenue courante dans plusieurs familles neurochirurgicales françaises — les travaux publiés demeurent assez rares : travaux déjà anciens de Ducosté sur l'impaludation cérébrale, lobotomies « chimiques » par injections sclérosantes, tentées par Egas Moniz et récemment reprises par divers auteurs, notamment par E. Woringer (3) ; série d'articles de MM. P. Abély et P. Guyot (4) ; articles récents de O. T. Bailey, W. T. Small et F. D. Ingraham, et de W. P. van Wagenen (5).

Dans ces travaux, les auteurs décrivent des techniques diverses, en vue de la poursuite de buts fort différents. Les premiers réalisent, par injection caustique, une destruction de la substance blanche du lobe frontal : c'est une véritable leucotomie chimique

(1) Travail du centre neurologique et neuro-chirurgical des hôpitaux de Nice.

(2) P. Guyot. — Injections intracérébrales et psychoses. *Annales médico-psychologiques,* mai 1952.

(3) E. Woringer. — Communications personnelles.

(4) P. Abély et P. Guyot. — Thérapeutique biologique intracérébrale non mutilante. *Annales médico-psychologiques,* mai 1951. *Presse médicale,* 14 juillet 1951. Congrès des médecins aliénistes et neurologiques (Rennes, juillet 1951). — P. Abély : De l'action pharmacodynamique des injections intracérébrales. *Annales médico-psychologiques,* 1952, II, p. 511.

(5) O. T. Bailey, W. T. Small et F. D. Ingraham. — Blocage par la procaïne des fibres blanches du lobe frontal comme moyen de prévoir les effets de la lobotomie frontale. Van Wagenen : même titre. *J. of Neurosurj.,* janvier 1952, 20-51.

(Egas Moniz, E. Woringer) ; P. Abély et P. Guyot injectent des substances très diverses (sérum physiologique, sérum glucosé isotonique, sérum glucosé hypertonique, maxiton, acétylcholine, tétranium, extrait placentaire, etc...) à des malades mentaux très divers, si bien qu'il est difficile de savoir si leurs résultats sont dus à tel ou tel médicament (1), ou au fait mécanique de l'injection. Les auteurs américains, enfin, ont injecté uniquement de la procaïne, mais ils l'ont fait uniquement à des schizophrènes et pour tenter de prévoir ce que serait l'action d'une leucotomie ultérieure. Leurs travaux expérimentaux (que semblent contredire depuis ceux de M. P. Abély) montrent que la procaïne diffuse peu, qu'elle disparaît en moins d'une heure et qu'elle ne provoque pas plus de destruction que l'injection d'une quantité égale de sérum physiologique, le seul danger provenant du passage du liquide dans les ventricules.

Nous avons été guidés par des préoccupations quelque peu différentes : la leucotomie classique agit bien dans tous les syndromes sous-tendus par un élément affectif majeur. Mais, parmi ces syndromes, il en est dont la gravité n'est pas extrême et pour lesquels on répugne donc à une intervention mutilante. Et, d'un autre côté, parmi ces malades, il en est dont l'état vasculaire ne permet pas une leucotomie. Nous nous sommes donc adressés à des malades chez qui la leucotomie eût été intéressante, mais chez qui elle était impossible ou peu souhaitable. Et, ce que la leucotomie aurait pu donner, chez eux, comme résultats thérapeutiques, nous avons essayé de l'obtenir en injectant dans le lobe frontal une solution de procaïne à 1 %. Nos premiers essais datent de la fin de 1951. Ils sont donc postérieurs aux premiers articles de MM. P. Abély et P. Guyot, antérieurs à celui des auteurs américains. Nous publions ici une première série de dix cas. Afin de disposer d'un recul suffisant, nous avons délibérément ignoré tous les cas postérieurs au 1er décembre 1952. Nous avons pareillement écarté toute une série d'observations de schizophrènes, chez lesquels, volontairement, nous avons conjugué avec l'injection de procaïne une petite leucotomie à l'aiguille.

(1) Leurs statistiques ne classent pas les malades suivant la substance injectée. De nombreuses observations portent seulement : « injection bilatérale le... » ou « injecté une première fois le... ».

Observations

I. — Algies rebelles

Observation 1. — Ebend..., 60 ans, droitier, membre fantôme très douloureux après amputation de cuisse *droite* au tiers inférieur pour gangrène par anévrysme poplité. Nécessité de toxiques en abondance. Injection de 10 cc. de procaïne intrafrontale *unilatérale gauche*. Suppression immédiate des toxiques, petite confusion mentale pendant 15 jours, puis reprise totale de son activité sociale. Guérison maintenue depuis un an.

Observation 2. — Dan..., 58 ans, gaucher, algies rebelles du membre inférieur droit au niveau d'une fracture ouverte ancienne datant de la guerre de 1914 avec ostéite chronique nécessitant 12 injections de dolosal par jour. Injection intrafrontale *unilatérale gauche* de 10 cc. de procaïne. Légère confusion mentale pendant 10 jours, suppression des toxiques, guérison totale pendant un mois puis reprise de douleur tolérable calmée par des antinévralgiques habituels. On envisage de bilatéraliser l'injection.

Observation 3. — Diat... Elisabeth, 58 ans, droitière, syndrome thalamique hyperalgique gauche datant de trois ans, rebelle malgré la récupération à peu près complète de l'hémiplégie, et ayant entraîné plusieurs tentatives de suicide. Injection de 10 cc. de procaïne intrafrontale *unilatérale droite*. Petite confusion mentale pendant dix jours ; suppression des toxiques ; guérison du syndrome douloureux se maintenant depuis un an.

II. — Syndromes dépressifs, cénestopathiques et hypocondriaques

Observation 4. — Meg... Antoine, droitier, 53 ans, idées obsédantes, hypocondriaques anciennes, psychose obsessionnelle faisant place actuellement à des manifestations cénestopathiques sans substratum organique précis, atrophie cérébrale mise en évidence par une encéphalographie gazeuse. Injection intrafrontale bilatérale de 10 cc. de procaïne à droite et 5 cc. à gauche. Confusion mentale pendant dix jours. Guérison complète des manifestations cénestopathiques et psychotiques se maintenant depuis trois mois. A repris son activité sociale.

Observation 5. — Ab... Anna, 53 ans, droitière. Crises dépressives et maniaques alternées de plus en plus fréquentes depuis l'âge de 30 ans. La dernière crise (dépressive) a résisté à toutes les thérapeutiques usuelles. Importante atrophie cérébrale à l'encéphalographie gazeuse. Injection frontale bilatérale de 10 cc. de procaïne.

Importante confusion mentale pendant un mois. Puis récupération complète des facultés, en particulier, spécialiste de calcul mental (comptable), retrouve intégralement cette faculté. Disparition de l'état dépressif, guérison se maintenant pendant cinq mois, puis récidive maniaque.

Observation 6. — Don..., 54 ans, droitier, état dépressif chronique rebelle aux thérapeutiques usuelles. Atrophie cérébrale à l'encéphalographie gazeuse. Injection de 10 cc. de procaïne intrafrontale bilatérale. En fin d'injection, apnée grave suivie de collapsus pendant quatre heures. Etat confusionnel sévère pendant trois semaines. Guérison complète de l'état mental se maintenant depuis quatre mois.

Observation 7. — Long... Charles, 63 ans, droitier, graves manifestations cénestopathiques greffées sur une algie cervico-brachiale correspondant à une arthrose cervicale importante. L'état psychique et l'aspect osseux du rachis contre-indiquent les thérapeutiques de chocs. A l'encéphalographie gazeuse, importante atrophie cérébrale. Injection bilatérale de 10 cc. de procaïne intrafrontale. Importante confusion mentale pendant un mois. Guérison des manifestations psychiques et de l'état douloureux maintenue depuis quatre mois.

Observation 8. — Vig... Toussaint, 68 ans, droitier, état dépressif grave évoluant depuis un an avec tentative de suicide. Thérapeutique de chocs, essayée prudemment, sans résultat. Artérite sénile. Injection bilatérale de 10 cc. de procaïne intrafrontale, état confusionnel pendant 10 jours, puis guérison complète avec reprise de ses activités sociales pendant huit mois. Rechute.

Observation 9. — Mar..., 61 ans, état dépressif rebelle avec phénomènes hallucinatoires très importants, atrophie cérébrale à l'encéphalographie gazeuse. Injection de 10 cc. de procaïne dans chaque lobe frontal. Immédiatement après l'intervention, le malade se sent bien, n'est pas inquiet. Au troisième jour après l'intervention, coma irréversible, décès.

Observation 10. — M. A..., 57 ans, envoyé le 22 octobre 1952 par le Dr Carlotti, ophtalmologiste. En 1944, traumatisme du crâne et rupture traumatique de l'œil droit ; pas d'énucléation. En 1946, ophtalmie sympathique de l'œil gauche dont l'énucléation de l'œil droit n'arrête pas l'évolution. En même temps, aggravation progressive d'une surdité ancienne, peut-être sous l'influence d'une streptomycinothérapie prescrite par un oculiste. Actuellement, le malade est aveugle et son acuité auditive est très diminuée. Mais en outre, *continuellement et depuis des années*, il éprouve des hallucinations visuelles élémentaires (traînées lumineuses, points lumineux mobiles zébrant le champ visuel) et des acouphènes. Totalement insomniaque, inactif depuis des années, gémissant à longueur de temps, maigre,

il veut se suicider et entraîner sa femme dans la mort. Après s'être assuré par électro-encéphalogramme et par examen du liquide basilaire de l'absence de lésions en foyer et de méningite basilaire, le 7 novembre, on injecte dans chacun des deux lobes frontaux, 10 cc. de procaïne. Excellent résultat immédiat qui se maintient au dernier examen en date (23 mars 1953). Le malade dort régulièrement, a engraissé de douze kilogs, ne parle plus de ses hallucinations et recommence à s'occuper de ses affaires (dans la mesure de ses infirmités) avec intérêt et pertinence.

Technique

Notre technique est simple. Contrairement à MM. Paul Abély et P. Guyot, nous opérons à ciel ouvert : nous découpons à la tréfigne de Doyen une rondelle de crâne qui, replacée en fin d'intervention, permettra une restitution *ad integrum ;* la dure-mère incisée sur un demi-centimètre permet de repérer, sur le cortex, un point avasculaire. La pénétration de l'aiguille mousse est facilitée par un point superficiel de coagulation. Après s'être assuré que l'on n'a point pénétré dans le ventricule, on injecte très doucement, tantôt 5 cc., tantôt 10 cc. de procaïne à 1 %. Avec le retrait du trocart (et même avant), une certaine quantité du produit reflue à la surface du cerveau. Elle est immédiatement épongée. On le voit, plusieurs points séparent notre technique de celle de MM. P. Abély et P. Guyot. Par sécurité, nous croyons indispensable de ponctionner à ciel ouvert. Par contre, nous croyons inutile de fixer le trocart mousse mécaniquement, nous fiant à la stabilité de la main de l'opérateur pour ne pas faire effectuer le déplacement à la pointe de l'aiguille. Nous injectons doucement, lentement, mais sans craindre de briser une petite résistance élastique. Nous ne concevons pas comment un liquide pourrait être injecté en pleine substance blanche sans dilacérer celle-ci. Nous évitons seulement que la dilacération soit brutale. Enfin, nous ne nous soucions pas de voir refluer un peu de liquide le long du trocart ou, en fin d'intervention, par le chemin que le trocart avait suivi. Nous sommes persuadés qu'il en reste assez pour que l'injection soit efficace. Nos résultats le prouvent. Nous prenons soin seulement de ne pas laisser la procaïne diffuser dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Dans le cas où l'intervention est faite pour une douleur somatique irréductible, nous avons d'abord injecté le seul côté opposé au siège de la douleur, en utilisant 10 cc. toujours. Pour le premier malade, le résultat a été bon et s'est maintenu : le côté malade et opéré était dominant. Chez un autre malade, la récidive

nous a conduits à envisager une injection bilatérale ; l'injection était bien hétéro-latérale, mais non sur le côté dominant. Dans le cas, au contraire, où l'intervention est dictée par un état de douleur morale, nous injectons toujours des deux côtés et dans la même séance : soit 10 cc. de chaque côté, soit plus rarement 5 cc. dans l'hémisphère dominant et 10 cc. dans l'autre.

Les malades et les résultats

Comme on le voit, nous nous sommes adressés à deux groupes de malades : à des douloureux physiques, à des douloureux psychiques. D'abord, à des malades atteints de douleurs somatiques. Dans deux cas, il s'agissait de douleurs d'origine périphérique ; dans un cas, d'une douleur d'origine centrale (syndrome thalamique). Ce syndrome thalamique, pourtant ancien (trois ans) et intense au point d'avoir provoqué plusieurs tentatives de suicide, a complètement disparu et *demeure guéri depuis un an.* Ce résultat nous a paru d'autant plus remarquable que le seul syndrome thalamique leucotomisé par nous, il y a trois ans, avait constitué un insuccès. Des deux malades opérés pour douleurs d'origine périphérique, l'un demeure guéri après un an, l'autre a récidivé après quatre mois. Nous discutons plus bas les enseignements à tirer de ces deux cas. Mais nous devons souligner tout de suite qu'en cas de récidive, rien n'empêche de recommencer, ni de bilatéraliser l'injection.

Nos sept autres sujets présentaient un syndrome psychopathique. Nous ne les avons pas pris au hasard. Nous avons choisi des malades chez lesquels la douleur morale dominait le tableau clinique. Dans quatre cas, il s'agissait de syndromes hypocondriaques ; dans deux cas, d'états dépressifs rebelles ; dans un cas, enfin, d'un lamentable état de détérioration psychique, secondaire à l'association d'une cécité avec continuelles hallucinations visuelles et d'une surdité avec continuels acouphènes. Le cerveau de ce dernier malade aurait certainement supporté une leucotomie. Nous avons préféré la solution minimale de l'injection. Par contre, chez les six autres malades, c'est l'état cérébral qui nous a fait rejeter la leucotomie : artérite cérébrale (cas 8), atrophie corticale (cas 4, 5, 6, 7, 9).

Un de nos malades est mort dans un coma survenu au troisième jour (exactement, semble-t-il, et encore qu'il n'y ait pas eu de vérification nécropsique, comme nous avons vu mourir des sujets leucotomisés passé l'âge moyen de la vie : par thrombose vasculaire progressive et centrifuge).

Tous les autres malades sont entrés en rémission immédiate. Pour combien de temps ? Notre cas le plus ancien a récidivé après huit mois d'un état excellent. Mais c'était le malade le plus âgé (68 ans) ; c'était aussi le malade le plus atteint (artérite généralisée, artérite rétinienne très avancée notamment) ; un autre a récidivé après cinq mois ; les autres vont bien depuis quatre mois.

Mode d'action

Parce que nous croyions à un mécanisme des troubles plus dynamique que destructif, nous avons cherché à intervenir sur le lobe frontal dans le même sens qu'une leucotomie, mais d'une façon beaucoup plus douce, et, pour une part au moins, seulement temporaire. Y sommes-nous parvenus ? Il est bien certain que l'action paralysante de la procaïne sur les fibres nerveuses n'est nullement définitive. Mais, l'action mécanique de la distension par le liquide ? Il est possible qu'elle n'ait, elle aussi, qu'une action temporaire, encore que de durée plus grande. Le liquide ne sectionne pas fatalement les fibres blanches. Il les écarte, il les tiraille plus ou moins. Les lésions qu'il y provoque ainsi mécaniquement sont certainement moins irréversibles qu'une franche section ou qu'un arrachement.

Il semble que la comparaison entre nos deux malades atteints de douleurs d'origine périphérique tende à prouver le bien-fondé de cette hypothèse de travail. Le premier avait une intolérable algie du moignon ; mais une algie d'un type bien déterminé, et d'ailleurs bien connu : on l'avait amputé après des mois de douleurs atroces (anévrysme poplité méconnu). C'est dès le réveil de l'anesthésie qu'il avait présenté ses douleurs du moignon, en même temps que des hallucinations du membre fantôme. En réalité, il continuait, la source de son mal une fois disparue, à éprouver les douleurs qui lui étaient devenues habituelles. Il y avait chez lui quelque mécanisme cérébral non encore précisé, qui pérennisait les intégrations supérieures de ses sensations douloureuses (1). C'est en raison de ce mécanisme très particulier que nous nous sommes adressés chez ce malade, d'emblée, à une intervention cérébrale. Bien que notre injection n'ait eu qu'un effet anatomique temporaire, la guérison paraît stable (depuis un an), parce qu'une action temporaire a suffi à rompre le mécanisme de

(1) Mécanisme très différent de celui des douleurs survenant longtemps après l'amputation, douleurs où l'irritation périphérique par le névrome joue certainement un rôle essentiel.

persévération, et que, ce mécanisme une fois rompu, la source de la douleur n'est plus là pour le recréer.

Le second malade, au contraire, présentait une très vieille ostéite, évoluant par poussées éternellement répétées. La cause de la douleur persistait. Après quelques mois de détente, elle a fait de nouveau sentir sa présence. Elle a remis en branle le mécanisme de persévération douloureuse (1).

Il nous paraît particulièrement suggestif, d'autre part, que la douleur centrale d'un syndrome thalamique ait cédé — *et depuis un an* — à l'interruption des connexions entre le thalamus et l'écorce frontale. Faut-il admettre que, là aussi, la longue persistance de la douleur (la lésion cependant cicatrisée, et sans doute peu irritative) soit due à un mécanisme cérébral de persévération dynamique ?

Enfin, les malades mentaux que nous avons traités semblent avoir guéri par la même suspension temporaire de certaines connexions (à cette différence près qu'elle fut bilatérale). Peut-on, de ce fait, voir dans la maladie mentale — du moins dans la maladie mentale de structure thymique — un phénomène de persévération analogue à ceux que nous venons d'évoquer ? Sans doute serait-ce bien trop simpliste et d'autres modes d'action doivent-ils être envisagés. Mais, quelle qu'en soit l'interprétation, le fait brut demeure, avec lequel nous avait déjà familiarisé d'ailleurs la pratique des leucotomies : la douleur morale cède à la même action thérapeutique, portée au même point du cerveau, que celle qui réduit la douleur physique.

(1) Rappelons d'autre part ce que nous avons dit plus haut : chez le premier malade, l'hémisphère malade, et opéré, était l'hémisphère dominant. C'était l'hémisphère dominé chez l'autre.

ELECTROCHOC ET TENSION ARTERIELLE

Etude comparative des variations de la tension artérielle après électro-choc convulsivant simple, électro-absence, électro-choc contrôlé et électro-choc sous narcose chimique

PAR

J. LABOUCARIÉ et J. BÉNAZET (1)

La question des modifications de la tension artérielle sous l'influence de l'électrochoc a été maintes fois étudiée. Retenons — après les premières publications de Cerletti et d'Arcornero — les travaux parus en France, ceux de J. Delay et collaborateurs, de J. Euzière et collaborateurs, de P. Delmas-Marsalet, de G. Deshaies et de Sutter. Les auteurs s'accordent à reconnaître une *crise hypertensive,* consécutive au choc, passagère et sans modification secondaire durable de la tension artérielle. M. J. Delay établit une chronologie des variations tensionnelles qu'il schématise ainsi :

1° une phase d'hypotension initiale très brève, de quelques secondes, décelable uniquement sur les enregistrements graphiques, en rapport avec la bradycardie et même avec l'arrêt du cœur ;

2° une phase hypertensive, qui peut n'être déclenchée que 60 à 160 secondes après la fin de la phase clonique ;

3° une phase d'hypotension secondaire, qui succède à la phase d'hypertension et n'atteint son maximum qu'après plusieurs heures et parfois se prolonge pendant deux ou même trois jours.

Fait capital, la crise hypertensive existe aussi bien dans l'électro-absence que dans l'électrochoc convulsivant : elle apparaît donc indépendamment des convulsions et semble liée à l'action du courant électrique sur les centres neuro-végétatifs méso-diencéphaliques.

(1) Travail de la clinique neuro-psychiatrique de Toulouse : professeur M. Riser.

On admet — et certains travaux expérimentaux paraissent le confirmer — que l'hypotension initiale et l'hypotension secondaire témoignent d'une excitation vagale et que la crise hypertensive traduit une excitation dominante du système ortho-sympathique et constitue un des éléments du *syndrome sympathique du post-électrochoc* décrit par J. Delay et A. Soulairac.

Enfin, plus récemment, G. Deshaies s'est attaché, après avoir souligné l'instabilité tensionnelle chez la plupart des psychopathes, à décrire des types tensionnels évolutifs, non plus en tant que réaction tensionnelle isolée du post-électrochoc, mais en tant que modifications plus durables au cours d'une série d'électrochocs.

Nous avons repris cette question de l'action de l'électrochoc sur la tension artérielle en faisant porter nos recherches sur 64 malades, dans le double but :

1° de préciser les modifications de la tension artérielle suivant la catégorie des malades établie en fonction de leur tension artérielle initiale, et

2° d'établir quelles influences sur la crise hypertensive pouvaient avoir les diverses techniques de l'électrochoc et en particulier l'association à l'électrochoc de la narcose barbiturique.

En effet, en pratique clinique, se pose constamment le problème des contre-indications de l'électrochoc chez les hypertendus. Certes, tous les psychiatres ont traité des psychopathes hypertendus par l'électrochoc, et nous avons relaté ailleurs, avec Dardenne, le cas d'une hypertension maligne à tension artérielle à 24/14 avec rétinopathie qui, au cours d'une évolution curieusement atypique, fut traitée avec succès par l'électrochoc en raison d'un état dépressif anxieux. Nos recherches visent donc avant tout à mieux préciser le degré de cette crise hypertensive du post-électrochoc et les possibilités nouvelles d'y pallier par la narcose chimique concomitante.

Conditions d'examen

L'étude des variations de la tension artérielle a été recherchée sur nos 64 malades dans les conditions suivantes :

1) au cours de l'électrochoc simple ;

2) au cours de l'électrochoc sous narcose au nesdonal.

Nous distinguons quatre groupes de sujets :

A) les sujets à tension artérielle normale, maxima < 16 et > 11 ;

B) les hypertendus épisodiques, maxima > 16 ;

C) les hypertendus vrais ;
D) les hypotendus, maxima < 11.

La tension artérielle témoin a été prise immédiatement avant l'électrochoc, puis les vérifications de pression ont été faites dès la fin de la phase convulsive toutes les minutes, puis toutes les deux minutes et pendant vingt minutes en moyenne, soit jusqu'au début de la reprise de conscience. Quelques tensions artérielles de contrôle ont été enregistrées dans les heures suivantes et les jours suivants.

La tension a été mesurée au Vaquez, la méthode auscultatoire étant seule pratique en raison des phases d'agitation post-convulsive.

Dans les cas d'électrochoc sous narcose barbiturique, une première tension est enregistrée dès les premières phases de la narcose, immédiatement avant l'électrochoc, puis les mesures sont poursuivies comme dans les cas précédents.

Nous n'avons pu enregistrer la tension pendant la phase tonico-clinique — cette lacune est importante — mais une telle mesure n'est pas réalisable avec la méthode auscultatoire et encore moins oscillométrique, en raison des secousses convulsives, et exigerait les techniques de laboratoire par canule intra-artérielle, qui sont du domaine de l'expérimentation.

Nous nous sommes limités à l'étude des variations tensionnelles au cours du post-électrochoc immédiat. Il serait, certes, intéressant de suivre les modifications de la tension artérielle à des moments plus éloignés du choc et au cours d'une cure convulsivothérapique. G. Deshaies s'est intéressé particulièrement à cette étude, mais il nous a semblé qu'il ne s'agissait plus là de modifications directement en rapport avec l'électrochoc lui-même. En effet, l'évolution de la psychopathie, en particulier les modifications de l'anxiété, les médications associées sédatives surtout, l'amélioration de l'état général, sont autant de facteurs susceptibles d'agir par eux-mêmes sur la tension artérielle, et les variations observées ne peuvent être attribuées aux seuls électrochocs.

Soulignons que l'état psychique paraît avoir chez certains malades une influence considérable sur les variations de la tension artérielle. G. Deshaies a déjà insisté sur son élévation dans les minutes qui précèdent un électrochoc attendu avec anxiété par un sujet émotif. Nous avons fait les mêmes constatations, l'élévation de la maxima pouvant atteindre 2 à 3 cm. de mercure. L'anxiété vraie peut déterminer des modifications plus importantes et plus durables.

Une malade de 80 ans, délirante chronique, a, dans ses périodes de calme, une tension artérielle à 14/8 ; lors des crises anxieuses, celle-ci s'élève à 20 ou 21/9 ; quand la détente est obtenue, soit par un électrochoc, soit par des sédatifs chimiques, la tension artérielle revient aux chiffres antérieurs.

Un autre malade se présente comme un mélancolique anxieux, avec une tension artérielle à 25/14, chiffre qui pouvait apparaître comme une contre-indication à l'électrochocthérapie. Chez ce malade l'électrochoc détermine à la fois une sédation anxieuse et la chute de la tension artérielle à 16/9 et d'une manière durable.

Il s'agit là d'exemples particulièrement nets. Il est aussi fréquent de constater chez des malades anxieux à l'arrivée, une tension artérielle à 17/10 par exemple, tension artérielle qui tombera à 14/8 avec la guérison de l'état psychopathique.

Cette augmentation de la tension artérielle sous l'influence de l'anxiété s'observe aussi bien chez des sujets à tension normale que chez des hypertendus ou chez des hypotendus. Un malade dont la maxima est habituellement inférieure à 10 présente une augmentation à 13 au cours de ses crises anxieuses. Comme nous le verrons, ces sujets, qui présentent des variations tensionnelles importantes d'origine psychique, font habituellement au cours du post-électrochoc une forte poussée hypertensive.

Groupe A. — Sujets à tension artérielle normale avant l'électrochoc
(Maxima comprise entre 11 et 16)

I. Au cours de l'électrochoc simple, sans narcose : nous avons étudié, dans ce groupe de malades, 28 courbes tensionnelles, chez 23 sujets différents, et fait les constatations suivantes pour ce qui concerne la maxima.

a) *Un à-coup hypertensif* suit presque constamment (25 fois sur 28) la crise convulsive. Il est en général immédiat, c'est-à-dire qu'il peut être enregistré dès qu'on peut prendre la tension artérielle après la fin de la phase clonique, mais il est parfois retardé de une à deux minutes.

Trois fois, cet à-coup hypertensif a été précédé d'une chute tensionnelle atteignant 3 cm. de mercure. Il s'agissait dans tous ces cas de sujets à tension artérielle instable, faisant en particulier des accès hypertensifs transitoires en rapport avec des crises anxieuses.

Dans ce groupe de malades, l'à-coup hypertensif a été habituellement modéré : 15 fois sur 28 (soit dans plus de la moitié des cas), il était de 2 à 4.

Dans cinq cas, cependant, il a atteint au moins 5, et s'est même élevé une fois jusqu'à 8. Chez trois de ces sujets qui ont présenté un à-coup hypertensif important, il a été constaté de fortes élévations de la tension artérielle lors de crises anxieuses : il semble qu'il y ait chez ces malades une instabilité marquée de la tension artérielle.

Après l'à-coup hypertensif, la tension artérielle revient assez rapidement à son niveau antérieur, le plus souvent après 2 à 6 minutes, mais parfois plus tard, pouvant ne se stabiliser que 15 minutes après l'électrochoc.

b) *Une phase d'hypotension secondaire* peut faire suite à l'à-coup hypertensif. Recherchée 24 fois, elle a manqué dans 10 courbes. Sur les 14 restantes, la tension artérielle maxima s'est abaissée momentanément de 1 à 3 au-dessous de ce qu'elle était avant l'électrochoc, la tension artérielle la plus basse étant notée entre 4 et 10 minutes après la fin des convulsions.

La tension minima subit dans l'ensemble des variations parallèles à celles de la maxima, mais moins importantes, la moyenne des écarts entre les pressions extrêmes étant, dans ce groupe, de 4 pour les maxima, de 1,5 pour les minima.

Chez certains sujets, alors qu'il y a des modifications importantes de la maxima, la minima ne varie pratiquement pas.

II. Au cours de l'électrochoc sous narcose au nesdonal, les modifications de la tension artérielle ont été étudiées chez 15 malades, pour lesquels nous avons établi 16 courbes tensionnelles.

a) La tension artérielle maxima s'est abaissée de façon constante au début de la narcose, la chute constatée variant entre 0,5 et 3,5.

b) L'électrochoc a été suivi d'une élévation *constante,* mais *minime,* de la tension artérielle :

9 fois (dans plus de la moitié des cas), elle a dépassé ce qu'elle était au départ de 0,5 à 2,5 ;

4 fois, elle n'a fait que revenir à son niveau antérieur ;

3 fois, elle ne l'a même pas atteint : il s'agissait dans ces cas de sujets anxieux, en état d'hypertension relative accidentelle avant la narcose et chez lesquels le nesdonal avait déterminé une chute tensionnelle importante.

En résumé, l'à-coup hypertensif est pratiquement décapité par le nesdonal :

au cours de l'électrochoc simple, on l'a constaté 25 fois sur 28 et il s'est élevé jusqu'à 8 ;

au cours de l'électrochoc sous narcose, on ne l'a noté que 9 fois sur 16 et il n'a pas dépassé 2,5.

c) L'hypotension secondaire, recherchée 15 fois chez ces malades, n'a manqué que dans 2 cas ; 13 fois, elle a varié de 1 à 5,5. Elle s'est parfois prolongée pendant 30 minutes.

Elle est donc plus constante, plus profonde, plus durable qu'après électrochoc simple.

III. Chez un même sujet, les courbes tensionnelles successives, soit au cours des électrochocs simples, soit au cours des électrochocs sous narcose, sont assez parallèles, ce qui montre bien que les différences constatées chez ces sujets, suivant qu'il y a ou non narcose, dépendent précisément de l'action du nesdonal.

(Notons toutefois que, pour que ce parallélisme existe, il faut que l'état du malade n'ait pas été modifié dans l'un de ces cas par l'administration préalable de doses importantes de sédatifs).

Chez quatre sujets appartenant à ce groupe, les variations de la maxima ont été étudiées successivement avec ou sans narcose. Dans les quatre cas, l'à-coup hypertensif a été moins marqué après nesdonal. Dans les quatre cas, l'hypotension secondaire a été plus importante avec narcose.

Groupe B. — Hypertendus accidentels, anxieux ou hyperémotifs (Maxima supérieure à 16 avant le traitement)

Nous rangeons dans ce groupe les hypertendus épisodiques chez lesquels — en dehors de tout accès d'hypertension paroxystique vraie — on observe des poussées hypertensives moyennes en fonction de l'anxiété.

I. Au cours de l'électrochoc simple, sur 9 courbes, l'à-coup hypertensif a été 2 fois nul, 7 fois compris entre 1 et 8 ; 2 fois, cette élévation a été précédée d'une chute de 2 ou 3, et cette chute, précédant un à-coup hypertensif retardé, paraît correspondre ici encore à une instabilité tensionnelle accentuée.

Au réveil (soit un quart d'heure ou une demi-heure après l'électrochoc), la maxima est inférieure à ce qu'elle était au départ de 1 à 4.

II. L'électrochoc sous nesdonal, étudié chez 4 malades de ce groupe, a permis de constater :

a) *une chute de la maxima* après l'injection du barbiturique, variant de 2 à 3 dans 3 de ces cas, nulle le 4e ;

b) *une élévation de la maxima après l'électrochoc,* mais une élévation *très amortie :*

dans un cas, elle reste inférieure de 2 à la tension artérielle avant narcose (et supérieure de 1 à la tension artérielle après narcose) ;

dans un cas, la tension artérielle après l'électrochoc redevient égale à ce qu'elle était avant la narcose ;

dans les deux autres cas, elle la dépasse de 1 et 3.

c) *Au réveil,* la maxima est toujours inférieure à ce qu'elle était au départ (de 2,5 à 6).

Ici encore, il apparaît que le nesdonal empêche l'à-coup hypertensif :

sans nesdonal, il a atteint 8, il est rarement nul ;

avec nesdonal, il n'a pas dépassé 3, il n'a même pas toujours atteint la maxima constatée avant la narcose.

Groupe C. — Hypertendus vrais
(Maxima constamment supérieure à 16 et minima dépassant toujours 9)

11 de nos malades appartiennent à ce groupe ; 9 d'entre eux avaient une tension artérielle très instable, variant par exemple entre 17/9 et 24/13 ou entre 22/11 et 27/13.

Chez 5 d'entre eux, les courbes tensionnelles ont été étudiées seulement au cours de l'électrochoc simple.

Chez l'un, au cours du seul électrochoc sous narcose.

Et chez les 5 autres, successivement au cours de l'électrochoc simple et de l'électrochoc sous nesdonal.

I. Pour l'électrochoc simple, 17 courbes ont été établies, recueillies chez 10 malades différents.

a) L'à-coup hypertensif a été presque toujours notable :

2 fois seulement, il a été inférieur à 2 (0,5 et 1,5) ;

2 fois, il a atteint 9 ;

dans plus de la moitié des cas (9 fois sur 17), il a atteint au moins 5.

b) Le retour à la tension artérielle antérieure s'est fait dans les délais habituels. Souvent même, la tension artérielle s'est maintenue de façon plus ou moins durable, et dans des proportions variables d'un malade à l'autre, à un chiffre inférieur à ce qu'elle était avant l'électrochoc.

II. L'ÉLECTROCHOC SOUS NARCOSE paraissait donc *à priori* particulièrement indiqué chez les hypertendus, puisque chez ces sujets, dont la tension artérielle était déjà élevée, l'électrochoc simple déterminait habituellement un à-coup hypertensif important, avec une maxima pouvant s'élever jusqu'à 30, la minima atteignant 15.

a) En effet, nous avons pu constater, sous l'influence de la narcose barbiturique associée, une *atténuation de l'à-coup hypertensif :*

3 fois, il a été si amorti, que la tension artérielle maxima est restée inférieure de 3 ou 3,5 à ce qu'elle était avant la narcose (dans ces 3 cas, celle-ci avait entraîné une chute tensionnelle importante : de 6 à 8) ;

3 fois, il a été modéré : 2 à 4 au-dessus de la tension artérielle initiale ;

1 fois, il a été très faible : 0,5.

b) Une *hypotension secondaire nette* lui a toujours succédé. Mais marquons ici combien il est difficile d'apprécier rigoureusement les hypotensions artérielles secondaires au traitement en raison de leur association à des médications sédatives et à la cure de repos ; il nous paraît très incertain d'attribuer aux seuls électrochocs les modifications de la tension artérielle.

III. CHEZ CINQ SUJETS, les modifications de la tension artérielle ont été étudiées successivement *au cours de l'électrochoc sans narcose, et au cours de l'électrochoc avec narcose.*

Dans tous ces cas, l'à-coup hypertensif a été nettement inférieur quand il y a eu narcose au nesdonal.

En voici deux exemples.

Chez une première malade, au cours de l'électrochoc simple, la tension artérielle passe de 21/11 à 30/15. Le lendemain, un second électrochoc est pratiqué sous nesdonal et la tension artérielle, à 20/10 avant la narcose, ne s'élève qu'à 23/11,5 après l'électrochoc.

Chez une autre de nos malades, dont la tension initiale était de 17/10, l'électrochoc simple donne un à-coup hypertensif à 26/14. Six semaines plus tard, cette malade, très anxieuse, présente une tension

de départ à 24/13 ; la narcose entraîne une chute de tension à 18/10 et l'électrochoc consécutif ne provoque qu'une poussée hypertensive à 21/11,5, chiffre nettement inférieur à l'hypertension provoquée par l'anxiété.

Groupe D. — Hypotendus
(Tension maxima inférieure à 11)

I. L'électrochoc simple, étudié chez 6 malades de ce groupe, pour lesquels 7 courbes tensionnelles ont été enregistrées, a provoqué un *à-coup hypertensif toujours net,* mais non excessif : il a été compris entre 2 et 5.

L'hypotension secondaire, recherchée 6 fois, a manqué dans 3 cas. Chez 3 sujets, elle a atteint 1 ou 2 et s'est parfois prolongée après le réveil.

II. L'électrochoc sous nesdonal a été étudié 5 fois chez les hypotendus.

a) *Une chute de tension* n'a été observée qu'une seule fois chez ces malades, elle était de 1 cm. de mercure.

Dans 2 autres cas, la tension artérielle n'a pas varié.

Chez les 2 autres malades, l'injection de nesdonal a été suivie d'une *élévation paradoxale de la tension artérielle,* qui a atteint 1,5 et 2,5 pour la maxima.

b) *L'à-coup hypertensif* suivant l'électrochoc a été 2 fois modéré : 2 et 2,5 ; une fois moyen : 4,5 ; 2 fois élevé : 7 et 7,5 ; il s'agissait des deux malades chez lesquels la narcose s'était déjà accompagnée d'une élévation paradoxale de la tension artérielle ; ces deux sujets étaient atteints de mélancolie franche s'accompagnant d'un état d'inhibition profonde avec hypotension artérielle marquée (9/4 chez l'un, 8/4 chez l'autre), qui a disparu avec le retour de l'équilibre thymique.

c) *Aucune hypotension secondaire* n'a été observée chez les malades de ce groupe après électrochoc sous narcose.

Il faut donc observer que, chez tous nos malades hypotendus, l'électrochoc sous nesdonal a été particulièrement bien supporté, le nesdonal lui-même n'a jamais provoqué de chute tensionnelle importante ; au contraire, assez paradoxalement, il a été suivi d'une élévation de la tension artérielle chez deux malades. Et, par ailleurs, nous n'avons observé après l'électrochoc aucune hypotension secondaire.

Electro-absence

Au cours de 16 électro-absences, l'étude des modifications de la tension artérielle nous a donné des résultats très variables, les variations pouvant se faire, soit dans le sens d'une hypotension, soit plus souvent dans le sens d'une hypertension.

Les absences sans apnée prolongée sont presque toujours suivies d'un à-coup hypertensif analogue à celui qui succède à l'électrochoc convulsivant ; nous l'avons constaté 10 fois sur 12 absences.

Cinq fois, l'à-coup hypertensif était moins important que celui qui a fait suite à l'électrochoc convulsivant pratiqué quelques minutes plus tard. Trois fois, il lui a été égal ; deux fois, il lui a été supérieur.

Chez deux autres malades (deux hypertendus), une absence sans apnée a entraîné une chute de la tension artérielle, atteignant pour la maxima 7 chez l'un, 3,5 chez l'autre.

A la suite de quatre absences avec apnée prolongée, la tension artérielle s'est abaissée de 1 à 3,5 pour la maxima, cette chute tensionnelle persistant à la reprise de la respiration. L'électrochoc convulsivant qui suivit s'accompagna comme habituellement d'un à-coup hypertensif, puis d'une normalisation de la tension artérielle.

Ces modifications difficilement prévisibles de la tension artérielle au cours des électro-absences (tantôt chute tensionnelle, tantôt le plus souvent élévation de la tension artérielle, qui peut même être plus marquée qu'après un électrochoc convulsivant) ne sauraient donc permettre, en recourant à elles, une atténuation des risques cardio-vasculaires des chocs électriques.

Electrochoc contrôlé

Nous avons enfin étudié les variations de la tension artérielle au cours de l'électrochoc contrôlé que nous pratiquons de la façon suivante : après narcose préalable au nesdonal et mise en place des électrodes, l'intensité du courant est amenée progressivement en 3 secondes environ jusqu'à 200 ou 230 milliampères, intensité que l'on maintient à ce niveau pendant 12 à 25 secondes, puis qu'on ramène en 3 secondes à 0.

Dans ces conditions, nous avons établi les courbes chez 6 malades :

4 sujets à tension artérielle normale ;

1 hypertendu léger ;
1 malade en état d'hypertension transitoire par anxiété.

a) *L'à-coup hypertensif a toujours été très marqué.* Il n'a jamais été inférieur à 4 au-dessus de la tension artérielle maxima initiale, alors que pourtant, chez presque tous ces sujets, l'injection de nesdonal avait provoqué une chute tensionnelle importante. Il a atteint une fois 9,5, chiffre jamais constaté par nous au cours des électrochocs simples.

La tension artérielle a ainsi atteint toujours des chiffres élevés : maxima entre 19 et 25, minima entre 9 et 14.

Le moment de l'apparition de l'à-coup hypertensif, sa durée sont les mêmes qu'après électrochoc simple ou sous narcose.

b) Il en va de même pour *l'hypotension secondaire.*

La pratique de l'électrochoc contrôlé, si elle est recommandable pour éviter les complications osseuses, ne saurait donc mettre à l'abri des complications cardio-vasculaires, bien au contraire.

En RÉSUMÉ, nous constatons :

Dans les cas d'électrochoc convulsivant sans narcose, nous vérifions sur nos malades — en accord avec les constatations de tous les auteurs — la quasi-constance de l'à-coup hypertensif dans les minutes qui suivent l'électrochoc, et sa brièveté : 2 à 4 minutes. Nous avons en outre pu observer que son degré est en général fonction de l'instabilité tensionnelle du malade et variable suivant sa tendance hypertensive.

En effet, toujours net chez les sujets à tension artérielle normale, où la maxima s'élève de 2 à 4 et jusqu'à 8 cm., cet à-coup hypertensif peut paraître masqué chez certains hypertendus épisodiques, où l'hypertension préthérapeutique était d'ordre émotionnel. Dans ces cas, en effet, il existait bien un à-coup hypertensif retardé, mais précédé d'une hypotension immédiatement après le choc électrique qui annulait l'hypertension initiale, et, de plus, 15 minutes environ après l'électrochoc, la maxima devenait inférieure à celle qui avait été enregistrée avant le traitement, et s'y maintenait, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Chez les hypertendus vrais, l'à-coup hypertensif est plus élevé, pouvant atteindre 9 cm., avec une tension artérielle qui peut monter jusqu'à 30/15 chez un sujet ayant avant le traitement 21/11. Chez ces malades, on observait dans les délais habituels, de 10 à 15 minutes, le retour à la tension artérielle antérieure et même, dans certains cas, une diminution notable de celle-ci jusqu'à 3 cm. et plus au-dessous de la tension artérielle initiale.

Chez les hypotendus, nous avons noté en général un à-coup hypertensif modéré, mais net.

Dans les cas d'électro-absences, les variations se font le plus souvent dans le même sens qu'après électrochoc convulsivant ; l'à-coup hypertensif peut même, dans certains cas, être plus marqué. Dans d'autres cas, ces variations étaient moindres ou même se faisaient en sens opposé, particulièrement dans les cas d'absences avec apnée prolongée.

Dans les cas d'électrochocs convulsivants sous narcose barbiturique (30 à 40 cgr. de nesdonal) :

chez les malades à tension artérielle normale et chez les hypertendus vrais ou épisodiques, nous observons constamment l'amortissement de l'à-coup hypertensif : un même malade qui, pour une tension initiale de 17/10, présente après électrochoc convulsivant simple une crise hypertensive à 21/10, ne présente après électrochoc sous narcose qu'une hypertension à 17,5/8.

Par contre, chez les hypotendus, l'amortissement de l'à-coup hypertensif par le nesdonal a été peu net.

Au point de vue pratique clinique, nous pouvons retenir de nos constatations les données suivantes :

L'action de l'électrochoc sur la tension artérielle confirme l'influence des facteurs d'origine centrale sur la régulation de la tension artérielle.

La très grande fréquence de l'à-coup hypertensif après électro-absence ne permet pas d'espérer une atténuation des risques en recourant à cette technique, dont l'efficacité est du reste bien moindre, quand il s'agit de traiter un psychopathe hypertendu.

L'action hypotensive de la narcose barbiturique confère à cette technique une sécurité réelle, en entraînant la neutralisation de l'à-coup hypertensif de l'électrochoc, et permet ainsi de faire bénéficier de la thérapeutique convulsivante un plus grand nombre d'hypertendus.

Par contre, l'électrochoc contrôlé semble dangereux chez ces sujets.

Sans souscrire complètement aux conclusions de Deshaies sur les modifications durables de la tension artérielle au cours de la cure par l'électrochoc, trop de facteurs, en particulier d'ordre anxiogène, intervenant dans ces modifications de la tension artérielle chez le psychopathe traité par la convulsivothérapie, on peut néanmoins accorder à l'électrochoc une action indirecte de normalisation de la tension artérielle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANGLADE (L.), FRAILLON (J.), QUÉRAUD (J.) et FADEUILHE (A.). — Les modifications cardio-vasculaires au cours de l'électro-narcose. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Rennes, 16-23 juillet 1951 ; comptes rendus p. 543.

DELAY (J.) et SOULAIRAC (A.). — Le syndrome sympathique de l'électro-choc. *Société de biologie*, 26 juin 1943.

— Les accidents de l'électro-choc. *Presse médicale*, n° 19, 1943, p. 257.

— Electro-choc et diencéphale. *Presse médicale*, n° 37, 1943, p. 539.

— PARROT (J.-L.) et LUQUET. — Electro-choc et régulation de la tension artérielle. Société médico-psychologique, 28 février 1944. *Annales médico-psychologiques*, mars 1944, p. 290-293.

DELMAS-MARSALET (P.). — *Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie*, 1946, p. 140-150.

DESHAIES (G.) et RENAULT (M.). — La tension artérielle des électrochoqués. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1948, p. 137-147.

— et PELLIER (Simone). — Les accidents de l'électrochocthérapie. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1950, p. 303-344.

— Contre-indications de l'électrochocthérapie. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1950, p. 607-627.

EUZIÈRE (J.), CASTAGNÉ (R.), LAFON (R.), FASSIO (E.), BOSC (R.) et REYNAUD (R.). — Courbes de la tension artérielle au cours de la crise convulsive de l'électro-choc. *Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 2 juillet 1943.

HALPERN (L.) et LIBAN (E.). — Lésion vasculaire unilatérale du cerveau à la suite du traitement par l'électro-choc. *Revue neurologique*, n° 3, 1952.

LABOUCARIÉ (J.). — Bilan comparé des accidents de l'électro-choc et de la cure de Sakel d'après 1.050 observations de malades traités. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Marseille, 13-18 septembre 1948 ; comptes rendus, p. 494-502.

— et DARDENNE. — Facteurs psycho-somatiques et troubles cardio-vasculaires. *Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse*, 29 mai 1951.

MASSION-VERNIORY (L.), DUMONT (E.), NICAISE (R.) et REINHOLD (H.). — Les variations de la pression artérielle au cours de l'électro-choc sous curare. *Journal belge de neurologie et de psychologie*, 1947, 47/10.

PIETTE (Y.). — Prévention des accidents cardio-vasculaires de l'électro-choc. *Acta physiother. rheum. belg.*, 1950, 5/5.

— Etude de l'action de différents agents pharmacologiques sur les modifications circulatoires et glycémiques survenant au cours de l'électro-choc et de l'électro-narcose. *Revue belge de pathologie et de médecine expérimentale*, juin 1952.

SUTTER (J.) et POROT (M.). — Hypertension artérielle et électro-choc. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1949.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 18 mai 1953

Présidence : MM. D. SANTENOISE, président et G. COLLET, ancien président

Décès du Dr Pierre DESCLAUX (1911-1953) membre titulaire

M. D. Santenoise, *président.* — J'ai le regret de vous annoncer le décès, survenu accidentellement en Espagne, au cours des dernières vacances de Pâques, de notre collègue Pierre Desclaux.

Il faisait partie de notre Société depuis 1945. Il était également membre de la Société de biologie, de la Société d'endocrinologie, de la Société de psychologie, de la Société de médecine légale.

Ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine (concours de 1941), médecin des hôpitaux psychiatriques (concours de 1945), chef de clinique des maladies mentales (1944), professeur agrégé d'histologie et embryologie à la Faculté de médecine de Paris (concours de 1946), médecin-capitaine de réserve, conseiller technique au ministère de la santé publique, médecin-assistant de la Fondation Vallée à Bicêtre.

Sa brillante conduite au moment de la Libération lui avait valu d'être décoré de la croix de chevalier de la Légion d'honneur, de la croix de guerre avec palme, de la médaille de la Résistance. Il était, en outre, officier de la santé publique et officier d'Académie.

Son activité scientifique était grande et il m'est difficile de citer intégralement tous ses travaux. Je signalerai les principaux :

Travaux de psychiatrie : l'encéphalographie gazeuse : intérêt, diagnostic et thérapeutique, ses réactions biologiques ; la narco-analyse (thérapeutique et médecine légale) ; les psycho-embryopathies : recherches cliniques et expérimentales ; les incompatibilités sanguines materno-fœtales dans les arriérations.

Travaux d'histophysiologie : études cytologiques sur l'hypophyse anté-

rieure : variétés cellulaires et localisations hormonales ; les corrélations endocriniennes : surrénales, thyroïde et hypophyse ; le caractère relativement spécifique des modifications endocriniennes sous l'influence de différents agents d'agression ; modifications des enzymes tissulaires sous l'action de différentes hormones ; étude des fonctions enzymatiques du tissu nerveux en fonction du métabolisme cérébral ; analyse de l'embryogénèse des formations diencéphaliques chez les mammifères ; les corrélations hypothalamo-hypophysaires dans les régulations physiologiques.

D'une vaste érudition, d'esprit curieux, ardemment attiré par la recherche désintéressée, sa silhouette familière et sympathique exprimait tout le bouillonnement de son activité intellectuelle.

Il avait récemment entrepris des études d'embryogénèse, portant à la fois sur les formations diencéphaliques et les formations endocriniennes. Elles étaient pleines de promesses.

Précocement enlevé à ses amis et à la science, il laisse d'unanimes regrets.

Nous nous inclinons, devant la grande douleur de tous les siens, celle en particulier de sa mère et de son frère, le Dr Jacques Desclaux. Nous les prions d'agréer l'expression de notre grande sympathie et de nos condoléances émues.

COMMUNICATIONS

Douze cas de psychoses aiguës avec hypertonie plasmatique. Conséquences physiopathologiques de la déshydratation cellulaire, par MM. P. Deniker et J. Fourment (1).

L'étude des troubles du métabolisme de l'eau a fait au cours de ces dernières années des progrès considérables. En France notamment, Hamburger ajoutait à la notion biologique d'hyper- et d'hypotonie plasmatique la description clinique de la déshydratation cellulaire et de la déshydratation extra-cellulaire. Après avoir été étudiées dans des domaines variés de la pathologie générale, ces notions devaient être appliquées à la psychiatrie, où se rencontrent des déshydratations singulièrement rapides et profondes.

A la séance du 27 octobre 1952, M. Golse rapportait deux observations où le Δ donnait des renseignements essentiels. Nous-mêmes, frappés par des ressemblances de symptomatologie entre délire aigu et signes cliniques de l'hypertonie plasmatique, avons recherché les modifications du Δ dans diverses psychoses aiguës.

Rappelons que la déshydratation cellulaire s'accompagne de confusion mentale, de somnolence coupée d'agitation. Il existe une soif vive, de l'anorexie, une fièvre avec hyperleucocytose et polynucléose. La déshydratation se limite à la sphère bucco-labiale, l'amaigrissement

(1) Travail de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Pr J. Delay).

est rapide. Mais l'urée est normale, le pouls et la tension artérielle sont normaux. L'abaissement du Δ (normalement le Δ corrigé est à — 0°55 et ses variations physiologiques n'excèdent pas 2/100) signe la déshydratation cellulaire.

La déshydratation extra-cellulaire se traduit par une sécheresse de la peau (pli cutané) ; les yeux sont enfoncés dans les orbites, le malade est sitiophobique ; on note un collapsus (pouls petit, tension artérielle basse, l'urée sanguine s'élève progressivement).

Voici le résumé de nos douze cas :

1. Mme T., 35 ans, manie aiguë, confusion, sécheresse de la langue et des lèvres, soif vive, température 39°5, tension artérielle 12-7, pouls bien frappé, urée 0,42, $\Delta = -0{,}62$. La malade absorbe 3 litres d'eau pure en 24 heures ; le lendemain, la température est à 37°3. Un traitement par électro-chocs amenait ensuite la guérison de l'état maniaque.

2. Mlle M., 21 ans, manie aiguë, confusion, sécheresse bucco-pharyngée, température 39°, urée 0,30, refuse les boissons salées, réhydratation *per os* aisée avec eau pure (2 litres en 24 heures), défervescence en 10 heures ; disparition de la sécheresse buccale. Guérison de la manie par électro-narcose.

3. Mme L., 34 ans, manie confuse, sécheresse bucco-pharyngée, température 38°2, tension artérielle 13-9, soif vive, urée 0,32, $\Delta_c = -0{,}61$. Hydratation *per os* (2 litres d'eau), disparition de la fièvre en 24 heures. Traitée ultérieurement par électro-chocs. Guérison.

4. Mme D., 52 ans, manie aiguë, confusion, tableau de déshydratation cellulaire, température 39°, tension artérielle 15-8, soif vive, urée 0,42, $\Delta_c = -0{,}63$. Traitée par 8 électro-chocs. Guérison, rechute trois mois après.

5. Mlle F., 21 ans, manie, confusion, soif vive, sécheresse bucco-pharyngée, température 38°5, tension artérielle 12-8, urée 0,38, $\Delta_c = -0{,}61$. Réhydratée par 2 litres d'eau pure en 24 heures, température normale en 18 h. Traitée par électro-chocs. Guérison.

6. Mme D., 37 ans, état confuso-onirique, agitation psycho-motrice, sécheresse buccale, soif vive, température 38°, urée 0,41, $\Delta_c = -0{,}60$. Hydratation hypotonique (2 litres d'eau), malade plus présente, défervescence en 24 h. Traitée et guérie par 7 électro-chocs.

7. Mme B., 40 ans, mélancolie, confusion, tableau de déshydratation cellulaire pure, température 39°, tension artérielle 13-7, urée 0,40, $\Delta_c = -0{,}63$. Cette malade n'a pas été suivie par nous.

8. Mme B., 42 ans, mélancolie, confusion, sécheresse buccale, soif nette, température 37°9, urée 0,30, $\Delta = -0{,}63$. Fièvre et déshydratation s'effacent après une réhydratation *per os*. Guérison par 8 électro-chocs

9. Mme D., 59 ans, état confusionnel, agitation. Déshydratation cellulaire, température 37°9, leucocytose à 11.800 (polys. 82 %), urée 0,29, $\Delta_c = -0{,}62$. Réhydratation *per os* (1 litre) et par voie veineuse (1 litre de sérum isotonique en 24 heures) ; le lendemain, température 37°2, 8 électro-chocs, guérison apparente ; deux mois plus tard, épisode analogue, mais sitiophobie urée 0,66, température 39°. Le Δ n'a malheureusement pas été mesuré à ce moment. Réhydratation à la sonde (eau pure) et intraveineuse (sérum phy-

siologique : 1 litre par 24 heures, la température tombe en trois jours. Traitée par électro-chocs et 30 comas insuliniques. Guérison maintenue depuis 18 mois.

10. Mme M., 39 ans, manie aiguë, confusion, lèvres et langue fuligineuses, température 38°, tension artérielle 14-10, urée 0,37, $\Delta_c = -0,61$. Réhydratation insuffisante ; deux jours après, déshydratation extensive (peau sèche), sitiophobie, tension artérielle 10 1/2-7 1/2, pouls rapide, température 39°2, urée 0,90. Réhydratation massive (2 litres d'eau pure à la sonde et 1 litre de sérum physiologique intraveineux). Défervescence en 36 heures. Guérison ultérieure par électro-chocs.

11. Mme A., 34 ans, agitation psycho-motrice, sitiophobie. Tableau de déshydratation globale, température 39°, tension artérielle 11-8, pouls rapide, urée 1,10, $\Delta = -0,65$. Réhydratation *per os* et intraveineuse (3 litres de sérum physiologique), 48 heures plus tard : urée 0,75, tension artérielle 11 1/2-7, température 38°2. Un traitement par électro-chocs amène la guérison.

12. Mme D., 29 ans, manie aiguë, confusion, sitiophobie élective, température 38°, tension artérielle 12-8, $\Delta_c = -0,60$, urée 0,43. Réhydratation *per os* (2 litres d'eau en 24 h.), défervescence, électro-chocs. Guérison.

De ces observations découlent certains faits importants. C'est tout d'abord la constance de l'hypertonie plasmatique que signe l'abaissement notable du Δ et qui traduit l'existence d'une déshydratation cellulaire. Celle-ci nous paraît d'ailleurs confirmée par la clinique, puisque nous avons retrouvé, outre la soif, une sécheresse des muqueuses bucco-labiales et une fièvre plus ou moins élevée. La disparition de ces symptômes sous l'effet d'une réhydratation qualitativement et quantitativement correcte est encore un argument important. Dans la plupart des cas, cette hydratation affectait seulement le secteur cellulaire ; on ne notait en effet ni sécheresse de la peau, ni collapsus ; l'urée était sensiblement normale. Dans deux cas, au contraire, on retrouve l'existence d'une tachycardie, avec petitesse du pouls, d'une tension basse, et surtout d'une azotémie anormalement élevée, tous signes qui traduiraient l'existence d'une déshydratation du secteur extra-cellulaire. L'atteinte des deux secteurs (cellulaire et extra-cellulaire) dans ces deux cas, réalisait une déshydratation globale. Cette hypertonie plasmatique coïncidait dans les douze cas avec un état confusionnel plus ou moins profond. Ceci nous paraît devoir être rapproché des faits observés au cours du coma diabétique par Moreau, Deuil et Crosnier, qui insistent sur l'importance et la fréquence de la déshydratation cellulaire au cours de ce coma, et surtout « sur la constance des troubles de la conscience quand existe une déshydratation cellulaire, alors que la conscience est intacte quand le Δ est normal ».

Les conséquences thérapeutiques sont importantes. Cette phase de déshydratation cellulaire est la phase thérapeutique par excellence. Il existe souvent en effet une soif vive qui permet une

réhydratation *per os ;* cependant, dans certains cas, la malade refuse de boire, mais cette sitiophobie n'est parfois qu'élective. C'est ainsi que dans trois cas au moins nous avons vu refuser des boissons hypertoniques (bouillons salés), alors que des boissons hypotoniques (eau pure) étaient absorbées avec avidité. Il s'agit là, d'ailleurs, d'un fait bien connu des pédiatres, qui laissent le nourrisson déshydraté choisir entre trois biberons : hypo-, iso- ou hypertonique. Enfin, la déshydratation cellulaire nous paraissant n'être que le premier stade de la déshydratation globale, il importe de réhydrater le malade le plus vite possible en raison des dangers de collapsus.

Au point de vue qualitatif, l'existence d'une hypertonie plasmatique indique sans conteste la nécessité d'une hydratation hypotonique : *per os,* c'est à l'eau pure que l'on s'adressera ; en cas d'impossibilité, on utilisera la voie intraveineuse en employant le mélange préconisé par Hamburger : un tiers eau distillée, deux tiers sérum physiologique. Sous cette forme, aucun incident hémolytique n'est à craindre. Il serait par contre catastrophique d'injecter du sérum salé hypertonique qui ne ferait qu'accélérer la déshydratation cellulaire.

Au point de vue quantitatif, le secteur cellulaire représentant 50 % du poids du corps, il importe de réhydrater de façon massive et continue, sous contrôle de la prise de la tension, et, si possible, du Δ. Telles nous paraissent être les bases du traitement du symptôme déshydratation au cours des psychoses aiguës que nous avons rencontrées, traitement essentiel en raison de ses répercussions importantes. Mais il ne s'agit évidemment pas d'un traitement étiologique, et l'on ne saurait assez insister sur l'importance des autres traitements (électro-chocs, 4560 R.P.), dont la rapidité de mise en œuvre conditionne également le pronostic au cours de cette psychiatrie d'urgence.

Les conséquences physiopathologiques de l'hypertonie plasmatique nous semblent également importantes. En effet, nous n'avons pas rencontré d'hypotonie plasmatique. Il est probable que celle-ci n'est retrouvée qu'en cas de pertes importantes d'électrolytes, éventualité qui n'est guère réalisée qu'au cours de vomissements et de diarrhées, symptômes inhabituels au cours des déshydratations rencontrées en psychiatrie. C'était le cas, semble-t-il, dans l'observation d'encéphalose azotémique publié dans la *Presse médicale* du 16 octobre 1943 par le professeur J. Delay, qui avait été précédée d'un syndrome cholériforme d'une rare intensité et qui guérit par l'administration de sérum salé hypertonique. C'était peut-être également le cas dans l'observation n° 1 rapportée par M. Golse, où la malade avait présenté diarrhée et melœna, et dont le Δ témoignait d'une hypotonie plasmatique. Nous-mêmes avons pu récemment observer une légère hypotonie plasmatique au cours d'un syndrome complexe où dominaient déshydratation et diarrhée.

En bref, la déshydratation cellulaire isolée nous paraît être l'éven-

tualité la plus habituellement rencontrée. Dans deux cas au moins, nous avons pu constater l'apparition secondaire d'hyperazotémie associée à un fléchissement tensionnel. De tels signes nous paraissent refléter l'atteinte du secteur extracellulaire.

Mais, au point de vue chronologique, la déshydratation cellulaire est l'élément cliniquement primitif. Les symptômes si particuliers du délire aigu nous paraissent en partie sous la dépendance directe de la déshydratation : c'est ainsi que la fièvre est le satellite habituel de la déshydratation cellulaire et, dans la plupart des cas, on voit la défervescence suivre assez rapidement une réhydratation correcte. Son mécanisme demeure obscur. Peut-être la déshydratation cellulaire favorise-t-elle l'exaltation de la virulence d'un microbisme latent. Ceci expliquerait d'une part le fait qu'elle s'accompagne d'hyperleucocytose avec polynucléose, d'autre part l'action des antibiotiques sur certaines de ces fièvres de déshydratation.

Le mécanisme physiopathologique de l'hyperazotémie nous paraît être sous la dépendance de deux facteurs : l'exagération du catabolisme protidique, sur lequel Laborit a insisté ; mais aussi et surtout la sidération fonctionnelle du rein, retrouvée constamment au cours des déshydratations extra-cellulaires : Mac Cance trouve en effet dans ces circonstances une diminution de 14 à 36 % du taux de filtration glomérulaire. Pour Hamburger, la clearance de l'urée serait diminuée dans des proportions plus fortes encore.

Il y aurait donc, en résumé, augmentation d'apport protidique, et surtout diminution du pouvoir d'excrétion par insuffisance fonctionnelle du rein. Cet état serait donc réversible, pendant un certain temps tout au moins, permettant au rein de se libérer à condition que la déshydratation extra-cellulaire soit corrigée.

D'un point de vue physiopathologique, on peut schématiser le déroulement des faits en deux phases. La phase initiale, stade thérapeutique par excellence, est celle pendant laquelle sous l'influence d'une perturbation probablement diencéphalique, se produit une perte hydro-électrolytique affectant le secteur extra-cellulaire. La perte électrolytique étant proportionnellement moindre que la perte d'eau, une hypertonie plasmatique se trouve réalisée. Selon les lois de l'osmose, les liquides cellulaires, moins concentrés, viennent combler le déficit hydrique extra-cellulaire, camouflant celui-ci. Cliniquement, ce stade correspond aux signes de déshydratation cellulaire : soif vive, sécheresse limitée à la sphère bucco-pharyngée, signes nerveux, fièvre constante ; mais l'urée est normale, la tension correcte. A un moment donné, la vaste réserve d'eau qui constitue le secteur cellulaire s'épuise (absence d'apport, erreur de réhydratation) et ne peut plus combler le déficit hydrique du secteur extra-cellulaire. La deuxième phase se démasque alors et réalise une déshydratation globale, qu'annonce l'élévation progressive de l'urée sanguine. La déshydratation n'est

plus limitée aux lèvres et à la langue, mais la peau elle-même est sèche, garde le pli, les yeux sont enfoncés dans les orbites. Surtout la tension s'abaisse, le pouls est petit et rapide, tous signes qui montrent la tendance au coliapsus. On sait d'ailleurs que c'est le plus souvent un collapsus qui termine brutalement l'évolution de ce stade ultime en l'absence de traitement. On sait que seule une réhydratation suffisante peut lutter contre un tel collapsus, alors que les analeptiques centraux sont sans action.

Tel est le schéma que nous proposons, et qui nous semble découler logiquement du déroulement clinique et biologique des faits observés.

Discussion

M. M. Leconte. — demande à quel moment les auteurs pratiquent les électro-chocs et quel nombre. Le Dr Leconte déclare qu'il les pratique le plus rarement et le plus tardivement possible, après avoir réhydraté ses malades et, lors d'azotémie, quotidiennement mesurée, après le retour à la normale de celle-ci. Pour lui, les électro-chocs sont loin d'être nécessaires et peuvent être souvent évités.

Il demande ensuite à quel moment, et à quel rythme, les auteurs estiment devoir pratiquer le traitement par électro-chocs dans ces états aigus ?

M. Fourment. — Le plus précocement possible, et assez rapprochés, au début tout au moins.

M. M. Leconte. — J'ai obtenu des résultats aussi favorables avec un nombre de chocs plus restreint.

L'annexe psychiatrique des prisons de Loos. I. Problèmes de fonctionnement, par M. J. Bouquerel et Mme Bouquerel.

Au moment où un nombre toujours croissant d'annexes psychiatriques des prisons commencent à fonctionner en France, répondant ainsi à un vœu depuis longtemps exprimé par les psychiatres, il nous a paru intéressant de rapporter ici les problèmes posés par le fonctionnement d'un tel organisme, dont l'un de nous est chargé.

L'annexe psychiatrique des prisons de Loos, près Lille, a été créée en 1950, faisant suite à une série d'expériences significatives de dépistage effectuées à titre d'essai par les médecins des hôpitaux psychiatriques du département du Nord, en liaison étroite avec les magistrats du tribunal de Lille. Le service départemental d'hygiène mentale, sous l'impulsion du Dr Fail, prit en charge le service médical constitué d'un psychiatre et d'une assistante sociale, l'administration pénitentiaire fournissant les locaux et le personnel de surveillants. D'autre part, était fondé à la prison un service de réadaptation des relégués, distinct de l'annexe, et confié au Dr Vullien.

L'annexe psychiatrique est nettement séparée du vaste hall en étoile des locaux pénitentiaires. Elle comporte, outre le bureau médi-

cal, 20 lits répartis en un dortoir de 10 lits, 3 cellules de 3 lits et une cellule individuelle, toutes ces pièces, munies de postes d'eau et W.C., ouvrant sur un large couloir. Ces locaux ont pu être adaptés suivant nos indications, à la fois dans le sens de la sécurité et dans celui de l'atténuation de leur aspect carcéral : vitres incassables aux fenêtres, portes renforcées mais démunies de leurs gros verrous apparents et percées d'un hublot de grande taille remplaçant le minuscule voyant de surveillance dit « mouchard », lits pouvant être fixés au sol par un système amovible. Les peintures sont en couleur claire. Surtout, une vaste salle de jour a été aménagée avec tables et bancs, permettant la réunion d'un certain nombre de détenus pour le jeu ou le travail.

Ainsi améliorés, les locaux se sont montrés suffisants, compte tenu du nombre des patients. Insistons ici sur l'utilité de pièces collectives, de nuit et de jour, qui rendent possible une observation des détenus en groupe, beaucoup plus riche en résultats que celle d'un sujet isolé dans sa cellule. On pourrait souhaiter cependant, pour une annexe idéale, un second bureau (pour les examens psychologiques par exemple), quelques lits supplémentaires en petits dortoirs, un atelier distinct de la salle de jour.

Le personnel, outre le médecin et l'assistante sociale déjà cités (cette dernière jouant également le rôle de secrétaire de consultation), comprend deux surveillants spécialisés, éduqués par un stage de plusieurs mois en hôpital psychiatrique. Cette formule, qui joint à l'expérience pénitentiaire nécessaire des agents une formation psychiatrique, a donné d'excellents résultats pratiques.

Le fonctionnement général du service a été conçu en vue de répondre à deux fins principales : d'abord pour les prévenus : criblage psychiatrique de la totalité des entrants à la maison d'arrêt, ensuite pour les condamnés : fourniture de renseignements à l'administration pénitentiaire sur la conduite à tenir envers un présumé psychopathe.

L'examen systématique de chaque prévenu par le psychiatre se heurtait à une impossibilité matérielle devant leur nombre, qui aurait exigé au moins un spécialiste full-time. Aussi a-t-on eu recours à un pré-dépistage effectué par les surveillants spécialisés, qui présentent au médecin tout sujet suspect de trouble mental après avoir pris une observation complète comprenant le *curriculum vitæ*, l'entretien avec le détenu, la description de son comportement de chaque jour. Le système se montre à l'usage suffisamment sélectif. Très vite, « l'équipe » psychiatre — assistante — surveillants, s'éduque au cours des examens commentés, chacun apportant sa contribution à l'étude de la personnalité du patient et le médecin en faisant la synthèse après discussion.

Lors de la consultation hebdomadaire nous disposons, outre la fiche citée plus haut, des renseignements socio-judiciaires de base fournis par l'assistante : modalités de l'acte délictueux, passé judi-

ciaire, conduite à l'extérieur. Pour gagner du temps, ces précisions sont réunies avant la première présentation du malade. L'observation médicale est rédigée par l'assistante sociale au cours de l'interrogatoire sur un dossier standard, où sont déjà reportées toutes les précisions obtenues. Les rubriques, systématiquement remplies, sont les suivantes : état civil, antécédents familiaux, antécédents personnels : physiques, scolaires, militaires, judiciaires, travail ; modalités du délit ; comportement. Le psychiatre y ajoute les conclusions de l'examen psychiatrique et somatique.

Les décisions prises à l'issue de l'entretien peuvent consister en : renvoi pur et simple « en section » des non-psychopathes ; maintien en observation à l'annexe, soit pour observation plus complète du comportement (à cet effet, les détenus disposent de jeux dans la salle de jour et nous espérons y organiser incessamment un travail régulier de cartonnage), soit pour enquête sociale près de la famille. A la vérité, vu le séjour, en général court, des sujets à l'annexe, on n'a qu'assez rarement le loisir de la mener à bien.

La collaboration, au moins à temps partiel, d'un psychologue, s'avérerait de même nécessaire pour pouvoir employer systématiquement les épreuves psychométriques :

demande d'expertise mentale adressée au tribunal (le malade continuant à être observé en vue de fournir tous renseignements utiles à l'expert) ; c'est la fonction la plus importante de l'annexe ;

internement immédiat à l'hôpital psychiatrique en cas d'urgence ;

prise en charge du sujet par l'assistante sociale pour mesures familiales ou pour mesures de réadaptation à l'issue de la peine (aiguillage sur un service spécialisé, une consultation d'hygiène mentale, un hospice par exemple) ;

note au médecin somaticien de la prison en cas d'affection physique à traiter.

Tout ce qui précède concerne les prévenus, mais l'annexe, comme nous l'avons dit, joue également un rôle de « conseil » en ce qui concerne les condamnés, à la demande du directeur ou du médecin de la prison : opportunité d'une punition, conduite à tenir devant le comportement anormal d'un prisonnier. Après observation, des mesures telles que le transfert dans un établissement pénitentiaire spécial ou l'internement peuvent être prises. Bien souvent, une mise au repos à l'annexe pendant quelques jours, une punition levée enrayent le développement d'une opposition réactionnelle.

Précisons que le dépistage parmi les femmes est également réalisé, mais sans observation possible à l'annexe, réservée aux hommes.

Le « métier » de médecin d'annexe est à la fois attachant et délicat. Les décisions possibles, outre qu'elles engagent l'avenir pénal du patient, doivent être prises rapidement, souvent immédiatement, alors qu'on ne possède qu'un minimum de renseignements. Il s'agit en effet, dans la majorité des cas, de « flagrants délits », susceptibles d'être jugés sous quelques jours.

Des situations administratives et judiciaires nouvelles ont été créées par l'existence même de l'annexe, et ont dû recevoir une solution : cas d'un prévenu à interner d'urgence par exemple, problèmes difficiles de respect du secret professionnel auquel nous sommes soumis en tant que médecin consultant. C'est ainsi que les dossiers médicaux sont constamment tenus sous clef en notre absence. La correspondance avec les magistrats ou l'administration pénitentiaire ne comporte jamais la mention d'un diagnostic, mais seulement l'énoncé de mesures à prendre. De même, tous les documents sont à la disposition des experts, excepté l'observation psychiatrique elle-même. Nous ne manquons pas d'avertir le détenu du fait que ses déclarations seront gardées secrètes, ce qui contribue grandement à le mettre en confiance, avec le climat général de compréhension que nous nous efforçons de faire régner.

L'annexe psychiatrique dans sa forme actuelle est avant tout un organisme de dépistage et d'observation. Seuls les médicaments d'urgence y sont prescrits (sédatifs, anti-épileptiques). Sans devenir un véritable lieu de traitement (ce rôle restant toujours réservé, à notre sens à l'hôpital psychiatrique), il semble cependant qu'on puisse y introduire, avec l'assistance d'un infirmier diplômé, quelques thérapeutiques courantes, de désintoxication alcoolique par exemple.

Enfin, l'annexe psychiatrique des prisons de Loos joue un rôle modeste d'enseignement. Les étudiants de la Faculté des Lettres de l'Université de Lille, où l'un de nous est chargé du cours de psychologie appliquée, viennent y faire un stage annuel, prenant ainsi contact avec les problèmes concrets de la délinquance. De même, les jeunes magistrats stagiaires y prennent conscience des questions psychiatriques, en assistant à la consultation.

Nous exposerons, dans une communication ultérieure, les résultats statistiques de l'activité des dernières années qui, nous l'espérons, montreront l'importance sociale que peut revêtir un tel organisme.

Discussion

M. M. Leconte. — Quelle est la conclusion des auteurs en cas de simulation ? La demande d'expertise paraît devoir être systématique dans ce cas?

M. E. Martimor. — N'y a-t-il pas incompatibilité entre les fonctions de médecin d'annexe psychiatrique et l'acceptation d'une commission d'expert ?

M. J. Bouquerel. — En cas de simulation, nous ne demandons pas systématiquement une expertise, car des cas d'espèce très différents se présentent. Parfois, une demande d'expertise peut donner à croire au magistrat que nous considérons tel sujet comme un réel psychopathe. Souvent le simulateur, démasqué, abandonne son attitude. Au contraire, il peut y avoir intérêt à faire stigmatiser rapidement par un expert la fraude d'un récidiviste chevronné qui présente des troubles du comportement spectaculaires, ou à provoquer un examen en vue de faire savoir au tribunal qu'il existe des troubles mentaux réels chez un sursimulateur.

L'incompatibilité dont parle M. Martimor existe en droit. Elle est par-

fois difficile à respecter devant certaines situations de fait (cas, par exemple, où le seul expert-psychiatre d'un tribunal est en même temps le seul spécialiste susceptible d'assurer le service de l'annexe).

M. P. Deniker. — Le fonctionnement des annexes psychiatriques soulèvera de sérieux problèmes déontologiques et de droit. Le Conseil national de l'ordre des médecins a récemment pris une position très ferme en ce qui concerne le « secret partagé » des médecins (à propos des rapports avec les médecins-conseils). On ne saurait donc admettre le partage du secret du médecin consultant de l'annexe avec les experts astreints à déontologie particulière.

M. G. Daumézon. — On ne saurait trop louer les auteurs de la précision et de l'exactitude de la position qu'ils ont adoptée en maintenant le secret professionnel à l'égard de l'expert. Les références aux problèmes de sécurité sociale sont des exemples utiles.

L'ordonnance de 1945 a fait du médecin-conseil, dans la consultation qui décide de l'admission à la longue maladie, un médecin qui a part au traitement ; à son égard, on peut valablement parler de « secret partagé ». Par contre, l'expert qui tranche la question d'invalidité ne peut en aucun cas être admis aux renseignements collectés par le médecin traitant.

Reste le problème des relations avec le juge et l'administration pénitentiaire. A cet égard, je pense que le médecin d'annexe se trouve dans une situation peu différente de celle du médecin militaire.

M. J. Bouquerel. — Nous avons, à l'annexe psychiatrique de Loos, la position d'un médecin consultant du service d'hygiène mentale, honoré par cet organisme. Ce système est à retenir, car il permet une indépendance complète du psychiatre, tant envers les tribunaux qu'envers l'administration pénitentiaire.

Infiltration procaïnique du ganglion cervical supérieur et syndrome hallucinatoire du délire chronique, par MM. J. Golse, A. Adam et P. Doussinet.

En 1949, l'un de nous publiait un essai sur le pouvoir que présente la procaïne intra-veineuse de supprimer les hallucinations du délire hallucinatoire, et de bloquer l'évolution du délire qui devient alors rétrospectif. Malheureusement, cette méthode ne réussit que dans un cas sur cinq environ, si bien qu'elle ne présente qu'un intérêt théorique. En 1951, Picard reprenait la question, l'étudiait avec plus de minutie, aboutissait à des conclusions cliniques à peu près analogues. Plus récemment M. Bachet et P. Marchais, par infiltration sino-carotidienne, droite plutôt que gauche, ont obtenu des résultats intéressants dans des états dépressifs ou névrotiques. Trois délires hallucinatoires sur trois ont été améliorés. Tout dernièrement enfin, P. Guyot, par injection de procaïne dans le lobe temporal, *via* la fente sphénoïdale, obtenait un très beau résultat, dans un cas de délire hallucinatoire. Depuis septembre 1952, nous étudions les effets de l'infiltration procaïnique du ganglion cervical supérieur dans les délires hallucinatoires.

Notre technique est celle décrite par Tardieu (p. 19). Quand on a

réussi à infiltrer le ganglion on note : chaleur de la joue et signe de Claude-Bernard Horner homolatéraux. Examinons tout d'abord les observations.

Doussinet a infiltré et observé 17 malades hallucinées, 13 délirantes chroniques typiques et quatre schizophrènes, peu hallucinées d'ailleurs. Parmi ces schizophrènes, une seule retira un certain bénéfice de ce traitement. Par contre, les résultats furent, chez les délirantes chroniques, nettement plus brillants, puisque chez toutes, sauf deux, les hallucinations furent supprimées pendant une période variant de deux à cinq jours. Une seule malade, 80 ans, fut assez fatiguée par deux infiltrations.

Voici une de ses observations :

Observation I. — Mme Marguerite C., femme B. Délire de persécution. Très grande activité hallucinatoire auditive, d'apparition récente à la suite d'une cécité.

3 décembre 1952, infiltration gauche de B. H. + ; 12 décembre 1952, infiltration droite de B. H. — ; 19 décembre 1952, infiltration gauche de B. H. + ; 10 janvier 1953, infiltration droite de B. H. + ; 6 janvier 1953, infiltration gauche de B. H. —. Action sédative certaine, confirmée par infiltration ratée. Durée 3 à 5 jours. Reprise intégrale après. Pas de supériorité constatée pour un côté. A dû être arrêtée à cause de la grippe.

Adam et Golse ont observé 18 malades hallucinés.

Deux de ces malades étaient des schizophrènes, l'échec fut total.

Deux autres de ces malades étaient des obsédées, en voie de dissociation et hallucinées, là encore l'échec fut complet.

Une malade présentait un syndrome hallucinatoire auditif post-confusionnel d'origine ω, nouvel échec.

Quatre séniles délirantes et hallucinées furent infiltrées, avec les résultats suivants : un échec complet, une réussite de très peu de durée (2 jours), une diminution très nette du syndrome hallucinatoire, latéralisé à droite, enfin, arrêt hallucinatoire complet pendant 3 semaines, à la suite de deux infiltrations (droite et gauche).

Chez les délirants hallucinés adultes, les résultats sont dans l'ensemble tous positifs.

Observation II. — Madeleine B., 55 ans, entrée le 22 juillet 1952, pour délire hallucinatoire évoluant depuis janvier 1952, échec complet de l'insuline, de la thérapeutique de choc, obnubilation, bradypsychie, impulsions, gros troubles du comportement.

1er octobre 1952, infiltration droite, suppression des hallucinations, mais persistance d'une hallucinose non spatialisée (échec de la pensée, par sa propre voix) ; 7 octobre 1952, infiltration gauche, arrêt net et définitif des hallucinations et de l'hallucinose, délire atténué, amélioration du comportement ; 11 octobre et 17 octobre, procaïne intra-veineuse et électro-choc, effondrement du délire, critique des idées délirantes, dès le len-

demain du deuxième choc ; trois autres électro-chocs ; sortie guérie le 22 novembre 1952. Revue en décembre 1952, va très bien.

Observation III. — Mme Germaine D., 57 ans, syndrome hallucinatoire évoluant depuis 1931, internée à Caen depuis 1936 pour psychose paranoïde ; en 1952, interminables soliloques peu cohérents, hallucinations auditives et visuelles (plates), fausses reconnaissances. Deux infiltrations en décembre 1952, et deux en janvier 1953. Actuellement : malade beaucoup plus calme, le délire semble atténué, quoiqu'il n'y ait aucune critique des idées délirantes, affaiblissement intellectuel assez accentué.

Observation IV. — Mme Germaine D., née L., 56 ans, entrée le 18 février 1952, pour délire hallucinatoire chronique, évoluant depuis six ans, amélioration de trois mois à la suite d'une ablation de goitre en 1948, puis rechute. A l'entrée, toute thérapeutique est pratiquement impossible, obésité, hypertension, bruit de galop ; traitement par insuline à petites doses, échecs, deux procaïnes intra-veineuses = échec ; 3 infiltrations stellaires (26 et 30 janvier, 16 février 1952), nouvel échec. La malade sort non améliorée le 29 février 1952. Nous revoyons la malade, en clientèle, à intervalles assez irréguliers, évidemment sans résultats thérapeutiques. Nous l'adressons le 16 décembre 1952 au Dr Adam, pour infiltrations des ganglions cervicaux. Le Dr Adam en pratique 5 (6, 17 décembre 1952, 14, 24 janvier 1953, 14 février 1953), 4 Claude-Bernard Horner positifs, 1 douteux. Dans l'ensemble, arrêt des hallucinations pendant quatre jours, amélioration du comportement persistant 4 à 5 jours de plus, puis rechute. Ces rechutes deviennent de moins en moins sérieuses. A l'heure actuelle, comportement correct, ne parle plus spontanément de son délire, les hallucinations auditives persistent, mais sont de tonalité affective moins pénible, la vie familiale est possible, sans heurts.

L'examen de ces observations permet de tirer un certain nombre de conclusions cliniques.

1° Il n'y a de résultats probants que lorsque le ganglion cervical supérieur a été infiltré, c'est-à-dire quand on a observé quelques minutes après l'injection un signe de Claude-Bernard Horner et une chaleur de la joue du côté infiltré : dans le cas contraire, les résultats sont faibles ou nuls (remarque de P. Doussinet, vérifiée à Caen).

2° Le côté de l'infiltration ne présente pas d'importance capitale ; il n'y a aucune primauté du côté gauche et même l'infiltration bilatérale (10 cm^3) n'a pas donné de résultats supérieurs à ceux de l'infiltration unilatérale (Doussinet).

3° Dans 80 % des cas (11 cas sur 13 pour P. Doussinet, 9 cas sur 11 pour Adam et Golse), le syndrome hallucinatoire s'éteint pour une durée minima de 3 jours, en même temps qu'on note une certaine détente et de l'euphorie (remarque de P. Doussinet, vérifiée à Caen). Ces faits s'observent quelle qu'ait été la durée d'évolution du délire chronique et sont d'autant plus évidents que le syndrome hallucinatoire est prévalent dans le syndrome clinique des malades. Evidemment, par syndrome hallucinatoire nous entendons surtout les hallucinations auditives qui constituent le phénomène primordial des délires

chroniques, que le syndrome de G. de Clérambault soit au complet ou non et, pour Doussinet, les hallucinations psycho-motrices verbales. Sur ce point, les observations cliniques sont évidentes, les malades atteintes depuis peu et les malades encore lucides sont formelles, « elles n'entendent plus rien..., on ne leur dit plus rien ». Les hallucinations des autres sensorialités sont moins influencées : les hallucinations cénesthésiques seraient légèrement atténuées (P. Doussinet), les hallucinations visuelles ne seraient pas influencées, pour P. Doussinet, mais Adam et Golse ont observé un cas de suppression des hallucinations visuelles (observation VI).

Le mécanisme interprétatif n'obéit absolument pas à ce procédé thérapeutique, si bien que lorsqu'une psychose est surtout interprétative et accessoirement hallucinatoire, les effets de l'infiltration sont faibles ou nuls (P. Doussinet).

Quoi qu'il en soit, les trois observateurs sont d'accord : l'infiltration a une action remarquable dans le syndrome hallucinatoire du délire chronique, plus particulièrement sur les hallucinations auditives, symptôme-clef du syndrome.

4° Sur la durée de la sédation hallucinatoire, et sur l'effet éventuel de cette infiltration sur le délire, les auteurs divergent :

pour P. Doussinet: *a*) les hallucinations disparaissent pendant trois à huit jours ; *b*) ces rémissions ne sont pas prolongées par la répétition des infiltrations ; *c*) le délire n'est absolument pas atteint par cette thérapeutique ;

pour Adam et J. Golse : *a*) les hallucinations disparaissent pendant quatre à douze jours ; *b*) les infiltrations répétées avant la rechute peuvent amener des rémissions prolongées (de trois semaines à trois mois au moins) ; *c*) le délire se fixe et ne progresse plus, il est plus accessible à la thérapeutique de choc (observation II).

L'explication la meilleure que nous pourrions avancer de ces divergences est que P. Doussinet a toujours attendu la rechute des syndromes hallucinatoires avant de pratiquer une nouvelle infiltration, pour mieux en vérifier la durée et les effets par l'alternance des rechutes et des sédations, tandis qu'Adam et J. Golse, qui ont cherché d'emblée un résultat thérapeutique, répétaient les infiltrations avant les rechutes. C'est la seule divergence de technique, le produit étant identique (scurocaïne pour P. Doussinet, novocaïne pour Adam et J. Golse).

Quel est l'avenir de cette méthode ? Il est impossible de rien affirmer. On peut envisager l'abandon de la procaïne pour l'alcool dridoxybenzolique (dialuène Carrion) dont l'action est plus prolongée, on doit obtenir ainsi, constamment, une rémission d'au moins huit jours ; on peut alors répéter les infiltrations alternées de huit jours en huit jours. Certes, l'effet des infiltrations ganglionnaires s'atténue à la longue, en général après la huitième infiltration, si bien que l'on peut espérer ainsi une rémission complète des hallucinations pendant quatre mois.

D'autre part, la notion de récidive ou de résultats incomplets pose la question de l'éxérèse chirurgicale du ganglion cervical supérieur, après avoir vérifié l'action de l'infiltration procaïnique. Cette intervention ne pose pas de problème technique difficile, elle est codifiée, pratiquée dans les hémispasmes faciaux, les sympathalgies de la face et certaines épilepsies. Les risques en sont minimes et les dangers opératoires très réduits. Il serait bon cependant d'infiltrer le côté opposé, pendant quelque temps après l'intervention. Cette solution chirurgicale ne paraît pas illogique, et, d'ores et déjà, Adam la considère comme justifiée.

Au terme de cette publication nous aurions aimé pouvoir apporter quelques précisions sur le mode d'action de ce procédé thérapeutique (ou expérimental). Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, aucune théorie ne nous semble capable d'expliquer, de façon extrêmement satisfaisante, les résultats obtenus. Sans doute le phénomène vasculaire semble-t-il le fait le plus vraisemblable et nous pensons qu'il ne serait pas absolument impossible de le mettre en évidence, ne serait-ce que par des méthodes artériographiques. Mais, même en admettant qu'on puisse visualiser le trouble vasculaire et sa réaction à la thérapeutique ganglionnaire, le phénomène hallucinatoire des délires chroniques n'est-il pas trop complexe pour pouvoir être réduit à un simple trouble fonctionnel de vascularisation cérébrale ?

Discussion

M. P. Marchais. — On peut rapprocher ces résultats de ceux que nous avons obtenus avec M. Bachet par des infiltrations sino-carotidiennes, étant donné les rapports anatomiques des éléments infiltrés et la diffusion du produit injecté, que l'infiltration soit faite dans l'espace sous-parotidien postérieur ou dans la gaine vasculaire au niveau de la bifurcation carotidienne. Comme viennent de le rapporter MM. Golse, Adam et Doussinet, il s'agit bien, pour un nombre appréciable de cas, de rémissions durables et non de résultats passagers dans des syndromes mentaux graves et non pas seulement dans certaines asthénies psychiques.

Le « décalage » comme élément de psychologie et de la psychopathologie féminine d'involution, par M^me^ Agnès Masson et M. Louis Grimberg.

L'un de nous étudiait récemment le « décalage » et les réactions psychologiques et de comportement qu'il entraîne, pouvant donner lieu à des apparences psycho-pathologiques, sources possibles d'erreurs de diagnostic, de traitement, de pronostic : il faut un certain temps à celui qui n'est plus ce qu'il a été pour s'adapter à sa nouvelle situation « morale », cette réadaptation étant parfois assez longue, parce que les anciennes habitudes reprennent par moments le dessus et que pendant longtemps des actes et des habitudes peu-

vent rappeler, sans que le sujet s'en rende bien compte, les réactions de jadis, normales dans son ancienne situation mais déplacées dans la nouvelle.

Cet élément joue un rôle fréquent dans la psychologie et dans la psychopathologie majeure ou mineure de la période pré-ménopausique, c'est-à-dire la période qui se situe à l'heure actuelle en moyenne entre 45 et 55 ans, et dont le terrain endocrinien contribue à donner la tonalité (période des troubles menstruels évidents pré-ménopausiques et les quelques années qui la précèdent). Le décalage physiologique que certaines femmes peuvent présenter d'avec la moyenne peut encore compliquer les faits.

L'image classique de la « belle-mère », acariâtre, jalouse et agressive, représentait, dans les travaux d'hygiène mentale du premier tiers du siècle, la modalité courante et sommaire d'évocation de la psychologie pré-ménopausique ; on commençait à y ajouter la notion des « activités de remplacement », favorisées par l'évolution sociale.

La psychanalyse a apporté les premières analyses poussées de la psychologie de la femme vieillissante, considérée comme une régression vers la psychologie de l'adolescence par simple disparition d'éléments surajoutés ; elle amorçait l'étude des réactions d'inter-psychologie, mais elle les limitait, dans un premier temps, au cercle de la famille.

Entre temps, la psychiatrie, dans son effort pour mesurer à l'échelle psychiatrique tous les sentiments et toutes les actions qu'elle a déployés pendant un demi-siècle, essayait de décrire à son tour les phénomènes psychiques pré-ménopausiques. Ce faisant, elle faisait parfois des remarques intéressantes, en mettant en lumière entre autres le rôle du terrain d'involution sur certaines manifestations d'agressivité pseudo-paranoïaque ou paranoïde.

Si l'on prend quelques travaux récents, malgré des analyses parfois pénétrantes, nous trouvons maintenues dans l'ensemble les positions antérieures : développement de tendances d'agressivité intermittente, avec caractère susceptible, exigeant, jaloux, intraitable, acariâtre, « réalisant parfois une véritable exaspération paranoïaque », pouvant aboutir même, sur un plan nettement psychopathologique, à une véritable élaboration à caractère délirant, s'apaisant avec la ménopause (J. Fretet) ; hantise et chagrin du déclin de la vie génitale, note Le Mappian, qui considère comme uniquement propres à l'homme — peut-être à tort — les phénomènes qui sont en rapport avec la réduction des capacités professionnelles ou sociales et les préoccupations d'auto-dépréciation sur le plan de la concurrence sexuelle. Certains auteurs (comme J. Fretet, après P. et X. Abély et H. Baruk) rappellent le rôle de l'hyperfolliculinie comme élément modificateur du psychisme, qu'elle soit naturelle ou provoquée par un traitement tempestif (augmentation de l'agressivité, et même périodes d'excitation maniaque).

Le tableau clinique d'Hélène Deutsch, malgré quelques analyses de détail plus poussées, n'a donc pas subi de modifications appréciables: bizarreries de la conduite, ou périodes d'activité « quasi-hypomaniaque », ou évolution momentanée vers une manière ascétique de vivre dans un sacrifice philanthropique ou une dévotion religieuse, ou instabilité continue de l'humeur avec irritabilité devenant un pénible problème pour la femme et son entourage, ou périodes de dépression plus ou moins longues, uniques ou réitérées ; Hélène Deutsch ayant mentionné aussi d'autres phénomènes, qu'elle ne limite pas à la période pré-ménopausique, comme l'irritabilité vis-à-vis d'un partenaire insuffisant.

Tous ces textes approchent des données du problème que nous posons, ou même fournissent des matériaux d'explication utiles, mais ne l'abordent pas sous l'angle envisagé dans notre communication.

Il faut tout d'abord tenir compte, en étudiant la psychologie de la femme pré-ménopausique, d'un certain nombre de facteurs psychologiques :

a) l'idée que la femme elle-même a encore de son rôle traditionnel et du fléchissement de cette période ;

b) l'idée traditionnelle à laquelle l'entourage même le plus « évolué » est toujours plus ou moins inconsciemment attaché ;

c) les éléments caractéristiques de la psychologie féminine en général, qui n'est plus désormais admise par l'entourage dans tous ses éléments, ce qui peut entraîner une source supplémentaire de conflits;

d) les réactions psychologiques masculines, d'autre part, qui se modifient vis-à-vis d'elle d'une façon sensible au cours de cette période, bien que d'une façon parfois discordante en notre époque en voie de transformation.

La femme est alors généralement hantée par l'idée de sa déchéance génésique, dont elle exagère sans le savoir l'intensité et la portée immédiates. Elle se voit plus vieillissante, et même plus moralement « déchue », qu'elle ne l'est en réalité pour une partie au moins de son entourage. C'est le substratum favorisant de ce que Lévy-Valensi appelait la « ménopause morale », influant à son tour sur le vieillissement ; certaines femmes vieilliraient moins vite si elles ne savaient — et ne pensaient constamment — qu'on les croit en train de vieillir. Les caractères psychologiques de « crises » purement psychiques de vieillissement ont été mises en lumière par le roman du XIX^e^ siècle : la femme de trente ans, puis de quarante, etc.

Une longue tradition a forgé la notion de la transposition sur le plan de l'activité courante d'une spécialisation sexuelle féminine excessive dépassant les nécessités de la famille, et en réalité partiellement réversible. La notion de la femme féminine et faible, serve et maîtresse, aimée et aimante, domine encore, même à son insu, la vie psychologique de la femme ; et cela, malgré l'écroulement partiel de cette conception sur le plan social actuel. La femme vieillissante

qui quitte, par résignation ou par acceptation souriante, l'attitude de « parade sexuelle », y est inconsciemment ramenée par des sursauts brusques et parfois douloureux. Chez la femme de la génération qui est chez nous à son déclin, tout comme chez celle qui l'a immédiatement précédée, cet élément introduit une nuance affective particulière excessive.

Des études récentes ont repris sur un plan psychiatrique l'étude de la psychologie féminine en général (H. Aubin), et notamment du caractère intuitif du jugement féminin, basé sur des éléments d'appréciation d'ensemble plus que sur l'inventaire minutieux des éléments d'appréciation, ses attendus étant en partie inconscients et la sentence apparaissant comme une révélation intuitive (les études récentes de psychologie différentielle rappelées par Piéron insistent sur la différenciation des types sexuels : la femme l'emporte en général par l'intelligence verbale, la suggestibilité et le caractère affectif des réponses, l'homme par l'intelligence logique et numérique et la visualisation spatiale abstraite). Cet ensemble de particularités donne à la psychologie de la femme, même énergique ou ayant une activité masculine, un caractère de sensibilité vibrante, d'émotivité et d'affectivité à nuance spécifiquement féminine, qui est considéré par l'homme comme un élément de charme sexuel. Mais ce qui le charme chez la femme encore jeune, l'agace brusquement chez la femme vieillissante : « Quel esprit primesautier », dit-il de la femme de trente ans. « Quelle vieille toquée », dit-il de la même femme à cinquante ans.

Dans ces multiples éléments de discordance entre la femme réelle et la femme apparente, la femme ne pense pas toujours à la modification de l'attitude de l'entourage ni à ce nouveau rôle que la tradition veut encore lui faire jouer ; même lorsqu'elle accepte, elle n'y songe pas toujours ou a des moments de révolte inconsciente ; d'où de multiples réactions d'agressivité, consciente ou inconsciente, déclenchant à leur tour une chaîne d'interréactions entre elle-même et l'entourage.

Parfois, c'est l'entourage qui est surpris par l'évolution brutale de la femme lorsque celle-ci renonce trop rapidement à son personnage, en descendant volontairement de son piédestal et voulant être trop tôt sujet et non plus objet (« femme-pour-l'homme » et « femme-pour-soi » de certains), des conflits peuvent éventuellement surgir.

Il y a souvent aussi — Hélène Deutsch l'avait déjà noté — une diminution momentanée de son adaptation au réel, d'où souvent l'effort visible qu'elle fait pour essayer de maintenir cette adaptation.

Ainsi, le personnage qu'elle a joué et qu'elle regrette plus ou moins consciemment, celui qu'elle est appelée à jouer par la tradition même lorsqu'elle a cru s'en affranchir, celui qu'elle veut jouer parfois trop précocement et sans que l'entourage y soit préparé, se superposent et s'entrelacent. Lorsqu'il s'y ajoute — comme chez l'homme et pour les mêmes raisons — des psychologies de groupe superposées, qui ont

été étudiées par l'un d'entre nous, la complexité devient extrême. Cela entraîne chez la femme vieillissante un certain désarroi, dont elle est parfois consciente, et peut lui donner, par les discordances et les soubresauts qu'entraîne la superposition des comportements qui en dérivent, une allure étrange, peu compréhensible pour un entourage aux réactions psychologiques mouvantes et que rend discordantes le degré divers d'attachement à la tradition de ses composants.

Sur le plan même du travail ou du métier, des incidents et des conflits peuvent surgir, dont la femme est parfois loin d'être la seule responsable. L'hostilité masculine instinctive, qui disparaît à l'heure actuelle devant la femme encore jeune sur le plan du travail, reparaît parfois d'une façon brutale vis-à-vis de la femme vieillissante, déclenchant ou aggravant certains de ces conflits.

Il s'agit là évidemment de considérations psychologiques et psychopathologiques qui s'appliquent seulement à une génération ou deux et que l'avenir pourra modifier.

En effet, d'un côté le substratum endocrinien pourra être influencé par la thérapeutique prophylactique qui se développe progressivement, malgré les inconvénients dus par ailleurs aux résultats paradoxaux des thérapeutiques intempestives, et aussi des thérapeutiques par les androgènes, qui sont de plus en plus utilisées en d'autres domaines, sans souci des répercussions psychologiques possibles. D'autre part, le retentissement de l' « élément moral » de la ménopause sera vraisemblablement atténué par la connaissance progressive de l'évolution réelle. Enfin, l'évolution de notre milieu social modifiera certainement d'autres éléments : atténuation des uns, et peut-être apparition d'autres.

Telle qu'elle est, la psychologie de la femme vieillissante intéresse le psychiatre :

parce qu'elle peut donner une couleur particulière à des manifestations psychopathologiques majeures ou mineures, quels que soient leur caractère clinique et leur origine, qui surviennent au cours de cette période ;

parce qu'elle peut aboutir, à la suite de conflits familiaux ou autres — consécutifs à des réactions psychologiques qui représentent une modalité normale dans des conditions déterminées, tout en pouvant avoir une apparence psychopathologique —, à l'arbitrage du psychiatre (consultations, éventuel placement en service libre, conseils sur le plan simplement humain) ;

parce qu'elle domine tout un chapitre de l'hygiène mentale, sans compter les retentissements qu'elle peut avoir également dans d'autres domaines comme la psychologie du travail, qui échappent généralement à l'heure actuelle au psychiatre au profit du psychologue spécialisé.

Morphogramme de Decourt et Doumic et schizophrénie, par MM. M. Ferrier, J.-J. Rondepierre, Véziris et J. Lamand.

Dans un mémoire original publié dans les *Annales d'endocrinologie* (1), J. Decourt et J.-M. Doumic ont montré, tant sur le plan morphologique qu'endocrinologique, l'intérêt qu'offrait la représentation graphique d'un certain nombre de mesures anthropométriques judicieusement choisies.

La réalisation du morphogramme de J. Decourt et J.-M. Doumic, tout en exigeant une exécution soignée, est simple. Cinq mesures ont été retenues par ces auteurs ; deux d'entre elles sont des mesures de longueur : taille totale et hauteur trochanter-sol ; deux autres des mesures de largeur : diamètre bi-trochantérien et diamètre bi-scapulaire ; la dernière, enfin, est une mesure volumétrique : le périmètre thoracique sous-pectoral.

On trouve dans le commerce des blocs de feuillets gradués permettant de tracer aisément le graphique. De gauche à droite se trouvent disposées en colonnes de chiffres les variations respectives et proportionnelles du périmètre thoracique, de la hauteur trochanter-sol, de la taille totale, du diamètre bi-trochantérien et enfin du diamètre bi-huméral.

Les variations adoptées pour chacune de ces mesures sont telles que la représentation graphique d'un homme normal s'inscrit sur une droite horizontale.

En reportant sur ce tableau des mesures prises sur une femme normale, le graphique figure grossièrement un M dont les premiers jambages seraient descendus et aplatis par rapport aux deux derniers, la deuxième pointe de l'M constituant en quelque sorte l'indice de féminisation.

Chez l'enfant en période de croissance, et de façon plus ou moins accentuée suivant l'âge, le morphogramme s'inscrit globalement dans une courbe concave en bas, dont, au cours de la puberté, le sommet se situe au niveau du trochanter-sol.

Au cours d'examens psychiatriques et endocriniens de malades mentaux nous avons, dans le service de l'un de nous, dressé le morphogramme de 148 malades (97 femmes et 51 hommes) et nous avons pu constater que :

1) le morphogramme ne présente d'anomalie flagrante que chez le schizophrène, où il conserve à l'âge adulte des caractéristiques infantiles ;

(1) J. Decourt et J.-M. Doumic. — Données anthropométriques relatives à la morphologie sexuelle masculine et à ses anomalies (communication présentée à la société d'endocrinologie, séance du 25 novembre 1948). *Annales d'endocrinologie*, tome X, n° 3, 1949.

2) chez ces malades, pour des raisons encore à déterminer et qui ne sont probablement pas univoques, la fréquence du morphogramme de type infantile n'est pas identique dans les deux sexes,

chez la femme, 1 seul cas dissident sur 21 mensurés ;
chez l'homme, 9 cas dissidents sur 28 examinés ;

3) nous n'avons pas trouvé de morphogramme du type infantile chez les 49 malades mentaux qui figurent en dehors des schizophrènes dans notre statistique globale.

La morphologie particulière des schizophrènes avait déjà été notée par nombre d'auteurs, et la pratique du morphogramme de Decourt et Doumic n'extériorise pas une notion entièrement nouvelle, mais elle a le grand mérite des mesures précises, et c'est ainsi qu'elle rectifie l'erreur visuelle fréquente qui fait considérer comme normal un sujet dont les proportions chiffrées restent infantiles.

Certes cette épreuve, malgré sa précision, doit être interprétée en ce sens qu'elle ne tient pas compte du fait sur lequel J. Decourt et J.-M. Doumic ont insisté en écrivant « que les caractéristiques spécifiquement sexuelles s'inscrivent sur un état constitutionnel variable, dépendant non seulement de la race, mais plus étroitement de la lignée génétique à laquelle appartient l'individu », et cette considération nous paraît particulièrement à retenir dans la mesure où elle peut être à l'origine d'une partie des dissidences observées dans les morphogrammes des schizophrènes.

Si, comme notre travail tend à le démontrer, il existe « au moins très fréquemment » une morphologie infantile chez le schizophrène, nous ne pensons absolument pas que la morphologie infantile permanente, en l'absence de troubles psychiques, constitue à elle seule une menace de schizophrénie. Dans notre esprit, seule est suspecte l'association troubles mentaux et permanence de morphologie infantile. A ce titre et sous cette réserve, nous considérerions volontiers que la pratique du morphogramme apporte, sinon un signe supplémentaire de cette redoutable affection, du moins un signe de présomption d'une valeur incontestable.

C'est ainsi qu'en dehors de toutes déductions théoriques ou doctrinales qui ne manqueront pas d'être suggérées à son propos, nous tenons à signaler son intérêt pratique dans certains cas de diagnostic difficile, par exemple : entre bouffées délirantes polymorphes des dégénérés et schizophrénie, ou même entre schizophrénie et psychasthénie.

Dans 14 cas de psychasthénie de notre statistique (8 femmes et 6 hommes), le morphogramme était normal ; or ce signe, ajouté naturellement à d'autres, nous a permis dans plusieurs cas d'établir un diagnostic exact confirmé par l'évolution de la maladie. De même, nous avons pu, grâce à lui, réformer plus rapidement un diagnostic erroné.

Tels sont les faits qui ont motivé notre communication. Leur connaissance, nous l'espérons, incitera de nombreux confrères à pratiquer le morphogramme pour permettre, par des statistiques élargies, de transformer notre conviction personnelle en une certitude plus générale.

Morphogramme de la population d'un service psychiatrique, par M. P. Sivadon, M^lle^ G. Haguenauer, M^me^ I. Soboul et M. J. de Verbizier.

De nombreux auteurs ont établi une corrélation entre typologie et structure caractérielle de l'individu, ou plus exactement évolution de cette structure. (Citons en particulier « Les grandes crises de l'enfance », D^r^ J. Dublineau).

Il nous a paru intéressant de rechercher à l'intérieur d'un service psychiatrique si l'on pouvait trouver une corrélation, ou peut-être plutôt une inter-réaction entre la morphologie et les différents types nosographiques.

Nous avons examiné 219 sujets de sexe masculin qui s'échelonnent de 16 à 72 ans, soit : 4,1 % âgés de moins de 20 ans, 12,7 % âgés de 20 à 25 ans, 15,5 % âgés de 25 à 30 ans, 26 % âgés de 30 à 40 ans, 22,3 % âgés de 40 à 50 ans, 13,7 % âgés de 50 à 60 ans, 4,5 % âgés de 60 à 70 ans, 1 % âgés de plus de 70 ans.

Les mesures ont été prises d'après les indications fournies par le professeur Decourt et M. Doumic (*Semaine des hôpitaux*, juillet 1950, n° 51), c'est-à-dire :

périmètre thoracique ;
hauteur grand trochanter au sol ;
taille ;
diamètre bi-trochantérien ;
diamètre bi-huméral.

A l'aide de ces mesures, nous avons établi les porphogrammes des 219 sujets mesurés et avons ainsi pu les classer en quatre grandes catégories :

Macroskèles	15 sujets,	c'est-à-dire	6,8 %
Brachyskèles	69 —	—	31,5 %
Normoskèles	119 —	—	54,3 %
Eunuchoïdes	16 —	—	7,3 %

Dans le cadre du groupe eunuchoïde, les mesures : hauteur du grand trochanter au sol et stature nous ont permis de distinguer :

les macro-eunuchoïdes,
les brachy-eunuchoïdes,
les normo-eunuchoïdes,

qui sont respectivement au nombre de 9, 3 et 4, sur un total de 16 sujets entrant dans ce groupe.

Si nous prenons comme type moyen le normoskèle, les caractères macroskéliques sont l'augmentation de la stature et la hauteur du grand trochanter au sol.

La brachyskélie se caractérise par l'augmentation du périmètre thoracique et la diminution du grand trochanter au sol.

Enfin, l'eunuchoïdie de l'homme se définit par la diminution du périmètre thoracique, l'augmentation de la hauteur du grand trochanter au sol et du diamètre bi-trochantérien, enfin la diminution relative de la stature.

Après avoir établi un morphogramme pour chaque sujet, nous avons cherché s'il existait une relation entre typologie et cadres nosographiques.

Les corrélations qui nous ont paru les plus significatives sont : la typologie macroskélique, mais surtout eunuchoïde (10/16), liée à la schizophrénie.

Macroskèles = 17 ; schizophrénie, 7 ; déséquilibre, 5 ; débilité mentale, 2 ; état dépressif, 2 ; névrose d'angoisse, 1.

Eunuchoïdes = 16 ; macro-eunuchoïdes : schizophrénie, 5 ; déséquilibre, 2 ; débilité mentale, 1 ; névrose obsessionnelle, 1 ; — brachy-eunuchoïdes : schizophrénie, 2 ; débilité mentale, 1 ; — normo-eunuchoïdes : schizophrénie, 3 ; état dépressif, 1.

Par ailleurs, aucun sujet macroskèle n'a été retrouvé parmi les :

états délirants,
psychoses hallucinatoires chroniques,
psychoses périodiques,
paralysie générale,
alcoolisme,
épileptiques,
démences.

La typologie brachyskèle, au contraire, prédomine, ou est sensiblement égale à la typologie normoskèle dans :

les états délirants systématisés,
les psychoses hallucinatoires chroniques,
les psychoses périodiques.

Etats délirants = 25 ; normoskèles, 14 ; brachyskèles, 11 ; macroskèles et eunuchoïdes, 0.

Psychoses hallucinatoires chroniques = 9 ; normoskèles, 3 ; brachyskèles, 6 ; macroskèles et eunuchoïdes, 0.

Psychoses périodiques = 12 ; normoskèles, 6 ; brachyskèles, 6 ; macroskèles et eunuchoïdes, 0.

Epilepsie = 9 ; normoskèles, 6 ; brachyskèles, 3 ; macroskèles et eunuchoïdes, 0.

Paralysie générale = 6 ; normoskèles, 3 ; brachyskèles, 3.

Alcoolisme = 6 ; normoskèles, 3 ; brachyskèles, 3.

Démences = 3 ; normoskèles, 2 ; brachyskèles, 1.

Excitation atypique = 2 ; normoskèles, 1 ; brachyskèles, 1.

Enfin, parmi les débiles, on trouve deux fois plus de sujets eunuchoïdes que parmi la totalité de l'échantillonnage :

Débilité mentale = 13 ; normoskèles, 6 ; bradyskèles, 3 ; macroskèles, 2 ; eunuchoïdes, 2.

Nous avons noté avec surprise le petit nombre de sujets à morphogramme macroskélique trouvé dans le service.

Il aurait été intéressant de comparer ce nombre avec le pourcentage dans la population normale. Nous n'avions malheureusement pas de statistique relative à cette étude.

Nous reviendrons, pour conclure, sur l'intérêt des corrélations suivantes :

Parmi les macroskèles, et surtout les eunuchoïdes, nous n'avons trouvé que des schizophrènes ou des déséquilibrés, sujets qui, dans l'ensemble, n'avaient pu atteindre une maturation affective satisfaisante.

Nous avons groupé dans le cadre des schizophrènes les hébéphrènes, psychoses paranoïdes et catatoniques. Il serait intéressant d'établir ultérieurement une distinction.

La brachykélie, au contraire, se retrouve de façon dominante dans les psychoses périodiques et les états délirants systématisés, syndromes dans lesquels le facteur de maturation ne joue pas un rôle prépondérant.

Le morphogramme semblerait donc un examen intéressant permettant de suivre l'évolution « psycho-morphologique » d'un individu.

Discussion

M. Paul Abély. — Cette communication est très voisine de celle que nous avons entendue il y a quelques instants de MM. Ferrier et Rondepierre. Les uns et les autres ont utilisé le même morphogramme de Decourt et Doumic et ils aboutissent cependant à des résultats sensiblement différents. Cette discordance démontre combien il faut être prudent dans l'interprétation de ces morphogrammes et en général d'ailleurs de tous les tests actuellement utilisés en psychiatrie. J'ai l'impression que l'avenir en démontrera leur fragilité.

Que conclure tout d'abord en présence de ces morphogrammes ? Peut-être faut-il retenir à leur sujet : une notion que j'ai tenté de développer dans un mémoire paru dans les *Annales médico-psychologiques* au numéro de juillet 1952, sous le titre de « La notion de réceptivité en pratique psychiatrique ». J'y écrivais, à la page 212 : « Les problèmes de la génétique et de l'hérédité sont dominés par les facteurs de réceptivité... » Ici encore, nous retrouvons l'origine de ces influx récepteurs dans le complexe hypophyso-hypothalamique... C'est à ce même niveau qu'on retrouve les bases embryologiques de la morpho-psychologie et de la typologie, qui expliquent pour divers psychiatres la caractérologie et les prédispositions mentales morbides.

C'est dire, je crois, que ces tests morphologiques sont moins des tests endocriniens que des tests diencéphaliques.

La discordance de ces deux communications apporte aussi une confirmation nouvelle, à savoir que le mot de schizophrénie a semé dans la clinique psychiatrique pure une regrettable confusion, qu'elle a encouragé la paresse de l'observation attentive et approfondie de nos malades, en aboutissant à des diagnostics de facilité et d'attentisme.

Si, dans les conclusions de ces deux communications, il y a d'étranges différences, je crois que l'étiquette générale de schizophrénie en est la première responsable.

Entre les hébéphréniques, les catatoniques et les paranoïdes existent d'incontestables failles, des inidentités évidentes ; les paranoïdes n'ont pas le même âge et surtout n'ont pas la même morphologie ; loin d'être des infantiles ou longilignes, ce sont, dans leur majorité, des sujets trapus, pseudo-pykniques, hirsutes, pseudo-cushinginiques. Leur psychose ne correspond en aucune façon au stade réceptif diencéphalique des hébéphréniques, lesquels, à leur tour, ne correspondent pas aux catatoniques, dont la morphologie (comme l'étiologie) peut avoir le substratum morphologique le plus varié. Tant qu'on n'associera pas le schéma morphologique au contrôle rigoureux des dosages hormonaux (17 et 11-stéroïdes, minéralocorticoïdes, somatotropes, gonatrophines sériques et chorioniques-folliculine, progestérone, thyréostimuline, etc...), on aboutira aux interprétations les plus contradictoires. Le morphogramme ne doit être que l'étape terminale de tout un ensemble d'examens minutieux antérieurs (dosages, âge du sujet et d'apparition de la psychose, antécédents médicaux, infectieux, traumatiques, hépatiques et toxiques). C'est alors seulement qu'on aboutira à une psychiatrie rationnelle et qu'on isolera peut-être des psychoses ou des névroses diencéphaliques ou sous-corticales opposées à des psychoses ou des névroses encéphaliques ou corticales. En attendant, je déplore la tendance médicale actuelle qui tend à tout ramener à des chiffres ou à des statistiques aux dépens du sens clinique, qui démontre que chaque individu fait sa maladie personnelle selon ses propres prédispositions mais aussi selon les incidents de son existence.

Etude d'un groupe de paralytiques généraux. Aspects électro-encéphalographiques, par MM. H. Mignot et J. Calvet (Sotteville-les-Rouen).

La pauvreté de la littérature sur l'électro-encéphalogramme des paralytiques généraux nous a incités à sortir les dossiers cliniques et électro-encéphalographiques des paralytiques généraux de l'hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure.

Une constatation s'impose d'emblée, c'est le petit nombre actuel de cette catégorie de malades dans l'hôpital psychiatrique. En effet, nous n'avons trouvé pour 1.100 malades hommes et femmes, internés dans quatre services et durant une période de six mois, soit un mouvement de 500 entrées environ, seulement 22 paralytiques généraux adultes et une paralytique générale juvénile. Nous traiterons uniquement ici des paralysies générales survenues chez des adultes.

Sur ces 22 malades (7 femmes et 15 hommes), 18 ont pu passer une ou plusieurs fois à l'électro-encéphalogramme (12 une fois, 4 deux

fois, 2 trois fois). Jusqu'ici, 4 des malades hommes n'ont pu être enregistrés : 2 à cause de leur agitation, 2 en raison de leur refus systématique (délirants).

Ce petit nombre de cas explique sans doute la rareté des travaux électro-encéphalographiques sur cette catégorie de malades. Nous n'avons trouvé, en effet, dans la littérature française, qu'une seule communication à ce sujet et sur un seul cas, celle de J. Delay, R. Wolfromm et G. Verdeaux à la séance du 4 mai 1949 de la Société française électro-encéphalographique (in *R.N.*, 1949, pages 537-540).

Nous voudrions souligner d'autre part qu'un travail sérieux sur la question exigerait des recherches prolongées, d'autant plus que seuls des tracés électro-encéphalographiques successifs interprétés à la lumière de la clinique peuvent présenter une réelle valeur. C'était d'ailleurs l'intention nettement affirmée par Delay et Verdeaux dans leur cas unique donné comme exemple. Et ces auteurs rappelaient à juste titre, après Fischgold et Baudouin, que « l'activité électrique du cerveau se modifie d'un moment à l'autre, selon un type évolutif propre à chaque affection et à chaque maladie ».

Aussi, si nous présentons aujourd'hui cette communication, qui ne prétend être qu'une note introductive, c'est essentiellement, à la lumière de nos premières recherches, pour nous livrer à une étude critique des conditions dans lesquelles pourraient être poursuivies selon nous de telles recherches sur ce sujet, les résultats que nous présentons servant avant tout à illustrer cette étude critique des conditions du travail, et permettant sans doute un approfondissement ultérieur de la question.

Nous proposons une double classification : 1) selon l'état clinique, 2) selon l'électro-encéphalogramme.

1) *Selon l'état clinique au moment du tracé,* nous pensons qu'il faut tenir compte :

1° de l' « âge » de la paralysie générale : notion souvent difficile à évaluer avec précision ; en pratique, nous nous basons sur la date de la première hospitalisation, en corrigeant suivant ce que nous pouvons apprendre de la symptomatologie clinique et para-clinique (comportement, épreuves biologiques, traitements) antérieurs à cette première hospitalisation.

Très schématiquement, nous distinguons actuellement : *a*) des paralysies générales très récentes dans les premiers mois de leur évolution ; *b*) des paralysies générales évoluant depuis moins de trois ans ; *c*) des paralysies générales évoluant depuis trois ans et au delà ;

2° de l'activité du processus méningo-encéphalitique avec ses divers degrés d'évolutivité : *a*) modifications cytologiques (leucocytose) ; *b*) albuminorachie et modifications du benjoin colloïdal ; *c*) degré de positivité du Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien ; d) négativation complète.

Bien entendu, ces divers degrés d'évolutivité sont notés en fonction des divers traitements suivis ;

3° de la « nature » des troubles psychiques : *a*) dans leurs aspects de troubles aigus (confusion, expansivité, dépression, délire) ; *b*) dans leur aspect déficitaire : déficit léger, déficit profond (ici encore, l'évaluation de ces troubles est très grossière et schématique) ;

4° de l'existence d'altérations cérébrales en foyer : *a*) de type irritatif : épilepsie ; *b*) de type déficitaire : paralysies ;

5° du « terrain » sur lequel s'est développée la paralysie générale, et des associations morbides, notamment : traumatismes craniens, alcoolisme, processus vasculaires.

L'état actuel de notre équipement ne nous a pas permis jusqu'ici de pratiquer les encéphalographies gazeuses qui permettraient d'apprécier l'existence et l'importance des processus atrophiques corticaux.

Nous pouvons résumer très brièvement nos 18 cas ainsi.

1° En ce qui concerne l' « âge » de la paralysie générale: *a*) 6 malades ont été internés pour la première fois depuis moins d'un an (leur âge réel variant entre 32 et 62 ans), mais sur ces 6 cas, 2 seulement ne présentaient aucun trouble dans les quelques mois précédant l'hospitalisation ; *b*) 1 malade a été hospitalisé pour la première fois il y a moins de trois ans ; *c*) les 11 autres sont traités depuis plus de trois ans, leur âge réel variant depuis 43 jusqu'à 67 ans. L'internement actuel de cette dernière malade datait de 1935, son premier internement datant de 1931. Une autre malade de ce groupe, à hérédité psychopathique chargée, fut internée pour la première fois en 1934 pour délire de persécution avec hallucinations multiples et Bordet-Wassermann positif dans le sang. Son dossier très complet nous apprend que c'est en 1942 seulement qu'elle présenta des modifications spécifiques du liquide céphalo-rachidien ; une impaludation fit cesser tout délire et permit sa sortie ; à l'heure actuelle, les réactions sont absolument normales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien et elle ne présente que des troubles mineurs du caractère, mais, ni délire, ni affaiblissement intellectuel. Deux malades sont sortis à l'heure actuelle depuis plus de six mois. Une autre vient de mourir, mais d'un cancer du col de l'utérus.

2° En ce qui concerne les signes d'évolutivité du liquide céphalo-rachidien, 5 ont des réactions absolument normalisées, 13 présentent encore des modifications plus ou moins profondes du liquide céphalo-rachidien.

3° En ce qui concerne les troubles psychiques, en dehors des 4 que nous n'avons pu enregistrer en raison de leur agitation ou de leur délire, 2 étaient encore confus lors de leur premier tracé, 4 présentent un délire secondaire, 5 un déficit modéré, 4 un déficit profond, 3 sont (cliniquement) guéris.

4° L'une de ces malades fut internée pour la seconde fois à la suite

d'un coma post-épileptique. Son tracé est resté très asymétrique, mais elle est sortie depuis plus de cinq mois et a repris son commerce au sein de sa famille. Une autre malade a présenté une série de petits ictus avant son hospitalisation en 1950 et se présente à l'heure actuelle comme une démente profonde de type lacunaire.

5° Dans un seul cas nous avons pu mettre en évidence avec certitude un éthylisme associé, 4 cas présentent des altérations vasculaires plus ou moins marquées (dont le syndrome pseudo-bulbaire vu plus haut). Un des malades, entré en décembre 1952 et que nous n'avons pu enregistrer jusqu'ici, est pensionné à la suite d'un accident du travail (calfateur) avec traumatisme non précisé survenu un an avant son internement. Il n'aurait pas présenté de troubles mentaux avant cet accident.

2) *Selon l'électro-encéphalogramme*, nous avons comparé les tracés (26) classés suivant la méthode habituellement employée au laboratoire de la clinique de Ste-Anne (Dr G. Verdeaux). Il nous a alors paru justifié de modifier cette nomenclature à cause de la présence fréquente dans les tracés de nos 18 paralytiques généraux de rythmes rapides et de tracés de bas voltage, surtout frontaux, et différant du bêta, ceci sur les conseils du Dr Verdeaux.

Nous adoptons donc actuellement, pour notre étude des paralytiques généraux, une classification électro-encéphalographique en six groupes, correspondant à des altérations progressives des tracés :

groupe 0 : rythme de base ne comportant que des rythmes alpha au repos et à l'hyperpnée ;

groupe 1 : rythme de base comportant un alpha limite (8 cycles/seconde) ou un alpha pointu au repos et à l'hyperpnée ;

groupe 2 : alpha au repos et appoint de rythme thêta à l'hyperpnée ;

groupe 3 : rythme de base fait dès le repos d'une association d'alpha et de thêta ;

groupe 4 : rythme de base uniquement composé de thêta dès le repos ;

groupe 5 : rythme de base comportant des ondes delta dès le repos.

Pour la classification dans les groupes 3, 4, 5, on ne tient plus compte de l'hyperpnée.

En outre, pour les raisons indiquées plus haut, nous adoptons les notations suivantes :

+ R. = inscription de rythmes rapides ;
+ E. = entraînement du rythme au stroboscope ;
+ P. = tracé sous-volté restant sous-volté dans l'hyperpnée ;
+ H. = altération à l'hyperpnée des groupes 3, 4, 5.

Dans nos tracés nous avons rencontré :

4 fois le groupe 0 (tracé normal). L'un de ces malades est sorti (paralytique général de 35 ans traité dès le début des troubles ; les réactions sérologiques restent positives). Un second, malade de 32 ans,

traité dès le début des troubles, est considérablement amélioré, mais comme chez le malade précédent il subsiste des rythmes rapides dans son tracé. Les deux autres malades de ce groupe sont des paralytiques généraux anciens avec déficit accentué. On note dans ces deux cas un entraînement au stroboscope ;

4 fois le groupe 1 (3 malades). Dans un de ces cas, il s'agit d'un malade de 49 ans, entré en janvier 1953 dans un état d'excitation psychomotrice intense survenu quelques jours après un accident du travail. Il n'avait présenté aucun trouble mental avant cet accident et les deux tracés électro-encéphalographiques dont il s'agit ici présentent, en accord avec la sédation pratiquement totale de tout trouble mental, une amélioration considérable sur le premier tracé pratiqué 5 jours après son entrée (tracé du groupe 3). Les deux autres malades présentant un tracé du groupe 1 sont : l'un très déficitaire (paralytique général fixé, début il y a plus de 10 ans), l'autre est cette malade dont nous avons brièvement résumé l'histoire clinique, qui ne présente plus à l'heure actuelle que des troubles du caractère qui sont à l'origine de sa seconde hospitalisation ;

4 fois le groupe 2. Il s'agit ici de trois cas de paralytiques généraux évoluant depuis de longues années et fixés cliniquement ;

10 fois le groupe 3. Il s'agit le plus souvent de paralytiques généraux fixés évoluant depuis plusieurs années. Pourtant, il faut noter ici que pour 3 malades il s'agissait de leurs premiers tracés, l'un de ceux-ci est celui âgé de 32 ans que nous avons vu au groupe 0, un autre est le premier tracé du malade dont nous avons eu les tracés suivants au groupe 1. Le troisième cas représente l'enregistrement deux mois après son admission et un mois avant sa sortie de la malade entrée après un coma post-épileptique. Ce tracé restait très asymétrique, mais on notait l'apparition de rythmes alpha, alors que deux mois auparavant elle présentait un rythme thêta entrecoupé de delta, rythme très irrégulier sur tout l'hémisphère droit.

Conclusions

1° Le tracé des paralytiques généraux que nous avons étudiés, c'est-à-dire de paralytiques généraux évoluant dans la majeure partie des cas depuis plusieurs années, se situe en majorité dans les groupes électro-encéphalographiques, 0 à 3, définis ci-dessus.

2° Dans l'ensemble, les cas « fixés » cliniquement sont aussi ceux souvent qui présentent des tracés relativement peu altérés, les moins évolutifs.

3° Les malades les plus déficitaires et ceux qui présentent des délires secondaires présentent également des tracés peu troublés (7 cas). Ces tracés sont souvent plats avec présence de rythmes rapides et d'entraînement au stroboscope (l'entraînement du rythme apparaît,

comme il est classique, plus fréquent chez les sujets âgés qui présentent des altérations vasculaires associées).

4° Dans les cas où nous avons pu faire plusieurs tracés, nous avons pu constater que si les anomalies électriques ne sont pas proportionnelles en importance à la profondeur de l'atteinte psychique, ni strictement parallèles à celle-ci dans l'évolution, cependant, la sédation de ces troubles et l'évolution vers la guérison s'accompagnent d'une tendance à la normalisation des tracés, l'amélioration de l'électro-encéphalogramme présentant un certain retard sur l'amélioration cliniquement constatée.

5° Il faut noter la relative fréquence des rythmes rapides (9 fois sur 26) et des tracés sous-voltés (10 fois sur 26, et quand nous avons pu faire plusieurs tracés nous avons pu constater une augmentation de l'amplitude concordant avec l'amélioration clinique), ceci même en l'absence d'éthyl ou de trauma cranien.

6° Il semble surtout important d'effectuer des contrôles électro-encéphalographiques étendus sur une longue période de la maladie et si possible dès le début.

Election d'un membre correspondant national.

Après lecture d'un rapport du Dr Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. Donnadieu, Lôo et Paul Abély, rapporteur, a été élu *membre correspondant national,* par 12 voix sur 12 votants, M. le Dr Jean-Yves Achalle, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire général,

Dr Paul Abély.

SOCIÉTÉS

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 25 avril 1953

Présidence : M. le Dr BUTZBACH (de Belfort)

Le 4560 RP (largactyl) en thérapeutique psychiatrique. A propos de quelques observations, par MM. M. THIÉBAUX et R. BOYER (de Ravenel).

Les auteurs rapportent les résultats obtenus chez 21 malades traités par la cure prolongée de 4560 R.P. selon une technique inspirée de celle proposée par MM. J. Delay et P. Deniker. Les observations concernent 13 schizophrènes évoluant depuis de nombreuses années et ayant résisté à toutes les thérapeutiques de choc, 4 psychoses hallucinatoires, 2 états dépressifs, 2 manies. Chez les schizophrènes, les auteurs observent une rapide disparition de l'obnubilation, un accroissement de l'intérêt, un déblocage affectif et une reprise de l'activité. Les troubles du cours de la pensée se retrouvent uniquement dans le langage écrit. Dans la psychose hallucinatoire chronique, les hallucinations nocturnes disparaissent, les malades prennent conscience de l'irréalité des phénomènes hallucinatoires et de leur nature morbide; d'où perte de la charge affective et disparition des réactions qu'elle entraînait. Dans les états dépressifs et les états maniaques, les résultats ont été peu favorables.

Délires raisonnants en concomitance avec des atteintes cérébrales. A propos d'un cas, par MM. E. GELMA, L. SINGER, A. BATZENSCHLAGER et J. FORGET (de Strasbourg).

Les concomitances de plus en plus constatées entre les syndromes psychopathiques les plus divers et les lésions de l'encéphale sont intelligibles dans les affections rangées dans le vaste chapitre des psychopathies organiques. De temps à autre, pourtant, se trouvent mentionnés dans la littérature psychiatrique de semblables liens de coexistence entre l'encéphalopathie et des accidents psychotiques qui semblent ne relever que de processus endo-psy-

chiques, c'est-à-dire où les perturbations psychologiques considérées comme primaires ont comme conséquence la production de psychoses dites essentielles, comme par exemple les délires raisonnants, la quérulance délirante, le délire par interprétation et le délire d'imagination. Les auteurs apportent un fait qui n'est d'ailleurs pas le premier à avoir été constaté, d'un délire de persécution du type revendicateur remarquablement organisé ayant donné lieu à des réactions persécutives et qui a fait suite à des accidents vasculaires cérébraux, qui se sont traduits par de l'hémianopsie temporale droite, de l'aphasie, une hémiparésie faciale droite avec altération des tracés électro-encéphalographiques, avec des atrésies des vaisseaux cérébraux constatables à l'artériographie.

Coma azotémique traité par hibernation, par MM. M. Beaudouin, P. Smith et P. Maugain (de Nancy).

Effets favorables du tartrate d'ergotamine caféine sur les céphalées consécutives à l'encéphalographie gazeuse, par MM. Th. Kammerer, J.-P. Gerhard et Mlle F. Mazoué (de Strasbourg).

Les auteurs utilisent des pilules contenant 1 mgr. de tartrate d'ergotamine et 100 mgr. de caféine. Ils administrent 2 pilules un quart d'heure avant l'intervention, puis 1 pilule toutes les demi-heures. En général, 6 à 8 sont nécessaires. Ils constatent, en se basant sur 22 encéphalographies gazeuses, une modification nette du syndrome vagotonique habituel, une disparition presque complète des céphalées le soir même dans 15 cas. Les céphalées disparaissent le lendemain seulement dans cinq cas, et dans trois autres observations il y avait accentuation des manifestations vagotoniques. L'ergotamine agirait par vaso-dilatation des artères cérébrales et par diminution de l'hyper-pulsatilité de ces vaisseaux. La caféine entraînerait une vaso-dilatation des vaisseaux cérébraux et favoriserait la sécrétion des plexus choroïdes, ainsi que la diurèse.

Convulsions hystériques et manifestations paralytiques chez un commotionné, par M. Th. Kammerer, Mlle Mazoué, MM. R. Durand de Bousingen et J.-P. Gerhard (de Strasbourg).

Observant un malade présentant des crises convulsives, une paralysie des membres inférieurs, une hypoesthésie douloureuse, des troubles de la parole et un état de subconfusion survenu après un traumatisme important, les auteurs insistent sur la normalité des réflexes, du fond d'œil, et l'absence de température dans le diagnostic des convulsions hystériques. La perturbation de l'électro-encéphalogramme permet de penser à des lésions cérébrales qui provoqueraient des dissolutions moins profondes que celles des manifestations épileptiques auxquelles elles s'apparentent cliniquement et formeraient le terrain d'accidents névrotiques conditionnés organiquement.

Constatations biologiques, radiologiques et cyto-hormonales chez une psychopathe constitutionnelle atteinte d'un syndrome de Morgagni-Morel-Stewart, par MM. L. Singer et Ruch (de Strasbourg).

Les auteurs rapportent l'histoire clinique et les résultats des examens complémentaires chez une psychopathe constitutionnelle de 52 ans, vierge,

dont la menstruation persiste encore actuellement, atteinte d'un syndrome de Morgagni-Morel-Stewart. Ils insistent sur l'hyperfolliculinie ovulatoire considérable mise en évidence par l'examen des frottis vaginaux et l'élimination urinaire des 11-oxycorticostéroïdes et des 17-cétostéroïdes, dont le taux se trouvait à la limite supérieure de la normale.

A propos du traitement du syndrome subjectif des traumatisés du crâne, par M. J. Hamel et Mlle N. Vernet (de Nancy).

Les auteurs attirent l'attention sur les bons résultats obtenus par le traitement, dans les services psychiatriques de cure libre, de blessés du travail atteints de syndromes subjectifs des traumatisés du crâne.

La similitude de ces syndromes avec les états psycho-neurasthéniques d'étiologie non traumatique est frappante. Les thérapeutiques sont identiques. Une hospitalisation de deux mois en moyenne peut conduire à la reprise de l'activité professionnelle des blessés inactifs depuis de longs mois, ou même depuis un et deux ans. Cinq observations sont citées à titre d'exemple.

Thérapeutique des états d'agitation par l'association médicamenteuse espéral-gardénal, par MM. P. Royer, M. Beis et Mlle N. Vernet (de Nancy).

Après expérimentation physiologique, les auteurs ont appliqué l'association espéral-gardénal à la thérapeutique des états d'agitation démentielle rebelles aux sédatifs habituels, et aux thérapeutiques de choc. L'espéral potentialise les effets sédatifs des barbituriques. Le traitement d'attaque (antabuse 1 gr., gardénal 0 gr. 20) s'étend sur huit jours, aux termes desquels la posologie d'entretien peut être fixée à la moitié ou même au quart des doses initiales. Après plusieurs mois de traitement, aucun accident n'est signalé. Heureux effets de la médication mixte sur l'hypertension artérielle.

Perversions chez le jeune enfant, par M. M. Mathis (de Strasbourg).

Se basant sur cinq observations d'enfants de 3 à 6 ans, l'auteur estime que bon nombre de comportements pervers résultent de la rencontre d'un tempérament à forte vitalité avec la situation gravement traumatisante qu'est le refus de l'affection maternelle ; l'agressivité s'exalte et finit par former la trame de tout le comportement. L'inaffectivité et l'inintimidabilité ne sont, à cet âge, que superficielles ; en réalité, le besoin d'affection est primordial. L'intérêt de ces observations est de montrer que le comportement ne s'est pas encore structuré. Leur passé est d'autre part facile à mettre en lumière. Il est très probable que des enfants ainsi élevés risquent de se fixer dans une antisocialité permanente et de devenir ultérieurement des délinquants, des pervers graves, par le caractère contagieux et de plus en plus inintimidable de leur comportement.

Psychodrame et théâtro-thérapie. Description d'une technique, par M. R. Lanter (de Rouffach).

Un groupe d'une dizaine de malades, non sélectionnés au point de vue nosologique, a été soumis à une expérience de théâtro-thérapie pendant une

période de cinq mois, suivant une technique qui, à quelques variantes près, est celle du « Therapeutic Drama Club » proposé par O. Schwartz. Dans une certaine mesure, cette thérapeutique peut être considérée comme une combinaison du psychodrame et de l'art dramatique habituel. Une grande liberté d'attitude est dans ces conditions permise au psychothérapeute. Son activité peut être directive ou non ; elle peut s'exercer aux divers moments de la création des pièces imaginées et rédigées par les malades eux-mêmes. Elle peut surtout s'appuyer sur les réactions interpersonnelles des acteurs dans la vie quotidienne.

L. Singer.

L'élimination des 17-cétostéroïdes chez les alcooliques, par MM. P. Royer, M. Beis, Mlle N. Vernet et J. Brignon (de Nancy).

Les auteurs ont recherché systématiquement chez 31 alcooliques les signes cliniques traduisant l'atteinte des organes génitaux (atrophie testiculaire, anomalies du système pileux, gynécomastie), le taux d'élimination des 17-cétostéroïdes urinaires, les troubles de la libido (apragmatisme sexuel, impuissance, idées de jalousie). Alors que ces derniers sont pratiquement constants, l'examen physique ne retrouve l'atteinte génitale ou celle des caractères sexuels secondaires que 11 fois sur 31 malades. Le dosage des 17-cétostéroïdes par la méthode de Lichwitz et Barbier révèle un taux inférieur à 12 mgr. chez 25 malades, dont 15 n'atteignent même pas 8 mgr. La fréquence du déficit des 17-cétostéroïdes chez l'alcoolique permet de penser que les troubles psychopathiques se rapportant à l'instinct sexuel ne sont peut-être pas uniquement fonction de l'atteinte du psychisme.

Société de médecine légale de France

Séance du lundi 10 novembre 1952

Présidence : M. A. COSTEDOAT, président

Psychiatrie, phtisiologie. Leur place dans une conception de la médecine psychiatrique, par M. M. Leconte.

Communication dans la ligne des précédents travaux de l'auteur. Problèmes, dont nul ne peut méconnaître l'intérêt, relatifs aux malades tuberculeux pulmonaires dans les hôpitaux psychiatriques. L'importance de l'organisation des services de phtisiologie dans ces hôpitaux est soulignée encore par les récents progrès de la chimiothérapie anti-tuberculeuse. L'auteur développe quelques points de son expérience personnelle, relatant des

situations parfois dramatiques. Il rapporte l'emploi pour la première fois, dans des cas désespérés de tuberculose pulmonaire chez des malades mentaux, du traitement par perfusion sanguine de P.A.S., Na et I.N.H. associés. Ceci ayant pu être réalisé grâce à la collaboration avec le phtisiologue et les progrès de l'organisation du service. Intéressantes suggestions concernant l'organisation de phtisiologie dans l'hôpital psychiatrique, la construction de sanatoria psychiatrique à l'échelon régional ou national ; au sein du sanatorium, l'attachement d'un psychiatre ou tout au moins son appel plus fréquent en consultation.

M. Bachet.

Séance du lundi 12 janvier 1953

Présidence : M. M. MULLER, président

Les lombalgies d'origine traumatique au point de vue médico-légal, par le professeur Paul Mathieu.

L'auteur montre l'importance des lombalgies, par accident de travail, du point de vue médico-légal. Elles surviennent chez des travailleurs de force, mineurs, cheminots, etc... (aucun rapport avec les douleurs du dos des dépressives, si fréquentes chez la femme). Leur nombre est très important : « L'on estime, d'après les statistiques déjà anciennes, mais encore valables aujourd'hui, que 8 % au moins des invalidités ressortissent d'un lumbago traumatique. » Parmi de nombreuses pathogénies, l'auteur cite le « tour de reins », accident typique, les arguments évoqués par les compagnies d'assurance pour contester l'accident. De même, les motifs de discussion qui se présentent si la lombalgie s'associe à des lésions antérieures de la colonne vertébrale. Cette communication est importante du point de vue de la psychiatrie, qui connaît la multiplicité des réactions dépressives chez de tels malades, la modification de la douleur due au traumatisme par l'anxiété due au sentiment que peut avoir le malade « d'effondrement, de pré-paralysie », enfin l'influence des péripéties d'un long procès pouvant aller à l'encontre de toute psychothérapie.

Délinquance chez une topectomisée, par MM. G. Daumézon et P. Paumelle.

Importante observation d'une malade observée après topectomie. Antécédents marqués dès l'enfance par une hostilité envers la mère, plus tard par l'impossibilité de « se libérer totalement de la tutelle maternelle ». Vie en commun avec cette dernière, vieille obsédée, présentant un délire du toucher. Apparition plus tard chez la malade d'un grand syndrome obsessionnel : couteaux, aiguilles. Longue évolution ; à l'âge de 57 ans, la malade subit une résection bilatérale des aires péricalleuses de la face interne des

lobes frontaux. Résultat : guérison spectaculaire des obsessions qui se maintient, mais des électro-encéphalographies montrent des signes de souffrance des deux régions frontales, signes qui disparaîtront à gauche ; puis crises d'épilepsie, mais assez rares. Surtout l'hostilité envers la mère s'extériorise, par des cris, des scènes, puis des coups (la mère est couverte d'ecchymoses). « Félicité cette fois pour faire peur à sa mère, la menace d'un couteau, naguère objet de ses phobies. » Elle est arrêtée et inculpée. Le ton d'insouciance souriante, l'indifférence concernant ses actes, sont tels que l'expert émet l'hypothèse d'un état antérieur schizophrénique. La même insouciance très particulière est retrouvée dans l'étude du comportement dans le service, puis au dehors.

Les auteurs rappellent les travaux de l'un d'entre eux avec M. M. David et ses collaborateurs. Ils estiment que, par rapport au nombre de sujets ayant subi cette intervention sans dommage qu'ils ont pu observer, cette observation représente une évolution relativement rare. Ils soulignent son intérêt de montrer que l'opération a abouti à la totale inversion de l'agressivité, le rapport entre l'histoire psychologique antérieure et la délinquance ; ils insistent enfin sur le déficit, sur l'indice élevé de détérioration. Reste la question de l'approximation de la responsabilité d'un tel sujet qui, pour les auteurs, doit être le fait de l'étude de la personnalité antérieure d'une part, d'autre part du déficit ; dans cette dernière part, l'utilisation de la psychométrie et du Wechsler-Bellevue seraient d'un grand intérêt, certaines manifestations pouvant être tardives à se révéler, même en milieu hospitalier.

M. Bachet.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 25 avril 1953

Présidence : M. A. RADEMAEKERS, président

Impressions sur la psychiatrie aux Etats-Unis, par M. P. Labbé.

L'auteur a séjourné récemment dans diverses cliniques psychiatriques américaines, notamment à Chicago, New-York, Stockbridge. Les impressions qu'il communique sont relatives, surtout, à l'étude de la personnalité, des névroses, de la médecine psycho-somatique. Il insiste sur le travail en équipe dans l'organisation des recherches, sur le développement des thérapeutiques analytiques, sur les rapports des Instituts de psychanalyse avec les Universités.

Dans cette conférence, l'orateur montre son admiration pour la psychiatrie américaine qui, d'après lui, nous indique la voie à suivre.

J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 25 avril 1953

Présidence : M. A. DE WULF, président

Apraxie de l'habillage, agnosie spatiale et crises visuelles unilatérales dans un syndrome pariéto-occipital droit, par M. P. Ch. VAN REETH.

Observation d'un homme de 50 ans, droitier, dont l'affection débuta par des céphalées rétro-orbitaires droites et des troubles visuo-spatiaux du côté gauche (maladresse de la main gauche, apraxie de l'habillage, négligence de la partie gauche de l'espace dans le dessin notamment), sans hémianopsie, puis des crises visuelles gauches avec hallucinose, déformation des objets et hémianopsie homonyme gauche au cours de ces crises ; enfin, des crises jacksoniennes de la jambe gauche. L'électro-encéphalographie révèle des décharges postérieures droites et, à la ventriculographie, la corne occipitale droite ne se remplit pas. Une exploration chirurgicale se montre cependant négative, mais l'électro-corticographie ne peut être pratiquée.

Description minutieuse de ce syndrome clinique, relativement rare.

Une forme d'amyotonie congénitale caractérisée histologiquement par une anomalie du développement de la jonction neuro-musculaire, par M. C. COËRS et Mlle PELC.

Observation d'un enfant de 4 ans 1/2, qui présente une faiblesse musculaire, surtout proximale, l'empêchant de marcher.

L'étude histologique et histochimique de biopsies musculaires montre qu'il s'agit de plaques motrices immatures. Ceci est en faveur des conceptions de Babinski sur le retard de développement des innervations motrices, et au point de vue nosologique, ces constatations confirment la légitimité d'un groupe d'amyotonies par retard de développement neuro-musculaire.

Aspect de la chirurgie de l'épilepsie focale à l'école de Montréal, par M. J. ACHSLOGH.

Retour d'un séjour dans le service du professeur Penfield, l'orateur expose le fonctionnement de ce centre de lutte chirurgicale contre l'épilepsie focale, les méthodes d'observation prolongée des malades et de diagnostic de localisation, la technique opératoire utilisée. Il insiste sur la symptomatologie particulière des foyers interhémisphériques et illustre sa conférence de nombreux documents électro-encéphalographiques.

Méningite aiguë récidivante sur liquorrhée nasale méconnue, par M. R. Adriaenssens.

Trois observations illustrant quelques aspects de la liquorrhée nasale. Dans le premier cas, la rhinorrhée post-traumatique est restée totalement méconnue pendant plusieurs années, malgré des méningites graves à répétition. Dans le second cas, une méningite est entretenue par une fistule de liquide céphalo-rachidien et récidive quand le traitement aux antibiotiques est interrompu. La dernière observation souligne une étiologie infectieuse par continuité en dehors de tout traumatisme, l'ostéite prolongeant une infection locale chronique et réalisant ainsi la fistule.

Les trois cas ont subi un traitement chirurgical, qui a réussi chaque fois à mettre fin à l'écoulement et aux accès infectieux.

Emploi de la phényl-éthyl-acétylurée dans le traitement de l'épilepsie. Premiers résultats, par MM. L. Sorel et R. de Smedt.

L'expérience des auteurs porte sur 41 sujets de 20 à 60 ans, suivis pendant un à six mois, et dont 31 furent hospitalisés. Ils ont noté l'influence de ce produit sur les foyers temporaux, sa moindre toxicité que le phénurone, dont il a les indications. Il réussit parfois lorsque le phénurone a échoué, et il est actif à doses moindres. Dans huit cas, le traitement a dû être suspendu pour intolérance relative.

J. Lev.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Les difficultés scolaires chez l'enfant et leur traitement, par le Dr Gilbert Robin, médecin des hôpitaux psychiatriques, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, ancien assistant à l'hôpital Lariboisière. (1 vol., 138 pages, *in* Collection « Paideïa, Presses universitaires de France, Paris 1953).

Dans le nouveau livre qu'il consacre aux anomalies mentales de l'enfance, le Dr Gilbert Robin s'attache à montrer quelles sont les causes neuro-psychiatriques de l'insuffisance des résultats scolaires et, en conséquence, les divers modes de traitement qui conviennent.

Après avoir rappelé les tests qui permettent d'évaluer aux différents âges, non seulement le retard scolaire, le retard mental, les aptitudes intellectuelles, mais aussi la débilité motrice dont Dupré a montré l'importance, l'auteur dégage successivement les facteurs pédagogiques (efforts excessifs demandés à l'élève, contact déficient entre maître et élève), les facteurs éducatifs et affectifs, et les facteurs caractériels des insuffisances du rendement scolaire. Parmi les facteurs éducatifs et affectifs, il relève le rôle de certaines idées mises en application dans les classes nouvelles, celui d'une sévérité familiale excessive avec ses conséquences éventuelles (syndrome d'agressivité, syndrome d'auto-punition, complexe de frustration), celui au contaire de l'adulation, souligne l'importance des causes éducatives de l'arriération affective. Mais à côté des causes exogènes (émotion, choc affectif, conflit) interviennent des facteurs caractériels, constitutionnels, dont la manifestation la plus habituelle chez l'enfant est l'attitude d'opposition, soit passive, soit active, agressive. Repoussant une notion de constitution qui ne tiendrait pas un compte suffisant de l'ambiance, des événements et traumatismes d'ordre affectif, M. Gilbert Robin indique ses préférences pour des types caractérologiques tels que ceux de Le Senne, de Le Gall, pouvant servir de base à des règles éducatives semblables à celles énoncées par lui dans des ouvrages antérieurs que nous avons signalés à l'attention de nos lecteurs lors de leur publication (1).

(1) Gilbert-Robin : La guérison des défauts et des vices chez l'enfant. Guide pratique d'éducation (analyse in *Annales médico-psychologiques*, juillet 1948, p. 246-247).

Gilbert-Robin : Précis de neuro-psychiatrie infantile (analyse in *Annales médico-psychologiques*, novembre 1950, pages 558-559).

La nécessité apparaît donc, pour les recherches somato-psychiques que nécessiteront les difficultés scolaires d'un enfant, de l'examen par un neuro-psychiatre. Examen qui devra mettre en évidence les troubles purement « somatiques » et les altérations de la santé générale, les syndromes endocriniens et les atteintes neurologiques, mais aussi, pour dégager l'action du tempérament (biotypologie), les tendances constitutionnelles (émotifs, cyclothymiques, instables, paranoïaques, impulsifs, pervers), les dispositions du caractère aussi dont M. Gilbert Robin rappelle les principales classifications. Ce sont ces données qui permettront de résoudre les problèmes posés par les difficultés scolaires telles qu'elles se manifestent au pédagogue ou aux parents de l'enfant. L'étude de ces problèmes est l'objet du chapitre suivant, où sont analysés, à l'aide de ces acquisitions, les principaux troubles de l'élaboration intellectuelle, et tout d'abord le retard simple des enfants peu doués dont le développement psychique insuffisant s'accompagne d'un syndrome neuro-musculaire infantile anormalement prolongé.

Sont donc décrits, et analysés, différents troubles assimilés souvent à de la paresse ou qui en sont la cause : retard de développement des fonctions praxiques et symboliques, des entendants-muets ; troubles de la lecture et de l'écriture et techniques de rééducation des dyslexies et de la paragraphie ; gaucherie constitutionnelle et difficultés scolaires dues à une gaucherie normale contrariée ; phases temporaires d'obnubilation intellectuelle en rapport avec des états d'épileptoïdie ; états divers mais souvent d'origine endocrinienne, d'apathie intellectuelle ; lenteurs intellectuelles, tantôt constitutionnelles, raciales, tantôt symptomatiques d'états somatiques ou psychiques dont le diagnostic différentiel commande la thérapeutique ; états d'inattention et états de distraction, de rêverie, de dissipation, etc., si différents les uns des autres en dépit des apparences, instabilité psychomotrice et autres formes d'instabilité ; inattention idiopathique que M. Gilbert Robin isole et assimile à une apraxie de la pensée. Après en avoir éliminé la fatigue intellectuelle de l'enfant surmené, l'auteur termine cet examen des aspects et des causes des difficultés scolaires de l'enfant par l'exposé des états d'asthénie, asthénie qui peut être constitutionnelle mais sera le plus souvent symptomatique d'insuffisance surrénale, d'insuffisance hépatique, de psychasthénie, etc., ou bien sera la marque d'un état de dépression psychique chronique ou cyclothymique.

Livre qui montre à la fois la complexité du problème de la paresse et celui des difficultés scolaires, la nécessité et la possibilité d'un diagnostic précis et, du point de vue pratique, la variété correspondante des moyens thérapeutiques et des méthodes de rééducation. Il restera, dans certains cas, à résoudre le problème plus délicat, auquel l'auteur consacre les dernières pages du livre, de ces états où l'asthénie se trouve associée à un élément de résistance volontaire aboutissant à une force d'inertie. Mais même dans ces cas, il n'y aura pas lieu de se décourager : la mise en œuvre des méthodes actives de l'école nouvelle, des centres d'intérêt, du travail collectif, associés à des médications opportunes facilitera l'évolution de l'enfant en rapport avec ses possibilités intellectuelles. Il serait superflu de souligner l'intérêt d'un ouvrage que sa clarté d'exposition et l'expérience de son auteur rendent d'une lecture facile pour tous et dans lequel médecins, pédagogues et parents trouveront d'utiles indications.

René Charpentier.

PSYCHOLOGIE

La sympathie comme fonction de progrès et de connaissance, par C. Konczewski. (1 vol., in-8°, 230 pages, *in* « Bibl. de philosophie contemporaine », Presses universitaires de France, Paris, 1951).

Se proposant de donner dans ce livre une vue d'ensemble du dynamisme psychologique, l'auteur rappelle que c'est la vie affective qui commande les points de départ et les lignes générales de l'activité psychologique, qui assure le contact de l'être avec son milieu, l'union constante de l'être et du milieu. C'est cette extension spatio-temporelle du moi, l'union croissante au monde et à son devenir qui constituent l'essence de la sympathie. Sous ses formes variées, la sympathie, avant tout fonction de progrès psychologique par l'élargissement de la structure spatio-temporelle, est une collaboration instinctive, orientée vers l'avenir. Art de coopération affective et d'évolution solidaire, elle est ainsi une source du savoir et même une fonction de connaissance. Effusion sentimentale mais surtout collaboration affective, elle stimule, oriente, conditionne l'évolution de l'individu et de la société.

Situant la place de la sympathie parmi les phénomènes affectifs, M. C. Konczewski analyse son rôle dans la naissance du sentiment de la durée, dans la révélation atténuée et inabsorbante des insuffisances et des besoins, son pouvoir organisateur des plaisirs et de l'espoir (l'espérance qui façonne l'avenir communique l'essor vital). Aspirant au bonheur, à l'épanouissement, la sympathie est une fonction de coordination et de progrès. La tendance au progrès coïncide d'ailleurs avec la tendance à la liberté et « toute affectivité qui s'oriente dans le sens du progrès relève déjà de la sympathie. »

Décrivant ensuite les formes, la nature et les manifestations de la sympathie, l'auteur insiste sur le fait qu'elle tend plutôt vers la suppression de la « contagion affective » qui la précède et l'accompagne si souvent. A l'opposé de la contagion affective, elle ne diminue en rien le sentiment de la personnalité ; elle tend même parfois à l'exalter. Elective, créatrice et inventive, elle ébauche un progrès synchronisé des êtres qu'elle unit. Elle est l'aspiration à une coopération affective. Assurément, parce qu'elle fait naître des besoins nombreux et variés, elle complique infiniment les rapports sociaux. Les actes sociaux sont tellement complexes. Mais s'opposant avec raison à une opinion erronée fréquemment émise, l'auteur note que, loin de s'opposer à leur adaptation mutuelle et à leur collaboration, la différenciation des individus les favorise plutôt. « Toutes les fois qu'on le distingue de l'égoïsme, l'individualisme facilite le rapprochement des hommes. » On lira avec grand intérêt ces pages, où sont analysées les variétés et la force parfois singulière de la sympathie, la spontanéité et la modération qu'elle assure dans les échanges affectifs, où elle agit non par contrainte mais par entraînement. Clef de voûte de la sympathie, le sentiment de liberté assure la possibilité d'évoluer. Le besoin de liberté se rattache à l'aspiration au progrès. S'élargissant spontanément, progressivement, la sympathie a tendance à s'universaliser. Elle s'associe au besoin de justice, se rapproche naturellement de la fonction morale, d'une morale de progrès. Cependant, la morale qui implique la réflexion et la fidélité aux principes moraux dépasse la sympathie.

Un chapitre est consacré par l'auteur à la réfutation de la thèse opposée, celle de la primauté de l'amour de soi, de l'égoïsme, sur la sympathie. D'ailleurs, le sentiment du moi, qui dérive souvent du sentiment de vitalité et d'initiative, sans considérations utilitaires, ne s'associe pas nécessairement à l'égoïsme. Des faits nombreux prouvent, au contraire, l'innéité de la sympathie, plus générale, plus indirecte en tant que réaction. Un altruisme durable suppose une adaptation meilleure de l'être à son milieu social et traduit le progrès moral de l'homme. Soulignant que l'égoïsme et l'hypocrisie ne sont le plus souvent ni innés, ni avantageux, l'auteur croit pouvoir constater qu'ils diminuent avec le progrès. Par contre, la bonté lui apparaissant comme quelque chose de naturel et de conforme à la structure de notre société, il estime que « c'est seulement la faiblesse et certains partis-pris qui empêchent de la pratiquer systématiquement ». Il ne faudrait pourtant pas trop sous-estimer l'action de tels... empêchements, ni de certaines fâcheuses tendances constitutionnelles... ou même acquises, dont psychiatres et médecins-experts constatent trop souvent la réalité.

La perception, qui suppose la participation affective, est inséparable de la sympathie. Assurant le contact affectif avec le monde, elle contribue à cette union étroite et à l'épanouissement de l'être. Le polymorphisme, la plasticité des sentiments facilitent les relations sociales, contribuent à la formation du dynamisme psychologique. L'intégration fonctionnelle des objets à notre moi porte aussi un caractère affectif et aboutit à l'élargissement spatial de notre dynamisme psychique. A cela s'associent dans la sympathie la mémoire, réserve des forces et dynamogénie (mémoire dynamique), la tendance à unifier la vie, à agrandir la structure temporelle de la personnalité. La sympathie est donc la tendance à élargir la structure spatio-temporelle de notre personne. De là naissent la sympathie agissante et la coopération affective. L'action enrichit la connaissance. Le progrès psychologique est une sorte de création dont la syntonie est l'expression.

Facilitant l'activité psychologique, la sympathie progresse avec elle. Elle évolue avec l'individu et la société. Cette évolution de la sympathie trouve son instrument et son expression dans la pensée, qu'elle inspire, pensée essentiellement tournée vers un avenir auquel, sous l'aspect de schématisations dynamiques, elle applique les formes d'activité déjà utilisées avec succès. Car c'est la vie elle-même et les données qui l'influencent qui constituent la vraie matière de la pensée. L'attitude réactionnelle suppose une structure affective. L'auteur s'attache ensuite à l'étude de la formation des tendances, de l'action des attraits sympathiques et du milieu, de l'évolution discontinue du moi (sorte d'invention qui suppose la liberté), de l'intuition (qui est d'abord l'art d'utiliser les indices certains, d'achever les jugements indécis et d'appliquer les jugements antérieurs) et des instincts dits supérieurs ou rationnels. C'est la conscience qui, « sous ses deux formes de conscience vécue et de conscience spécialisée ou conscience claire », actualise, organise et dirige l'intégration dynamique. Le pouvoir d'organisation suppose le pouvoir de discrimination, c'est-à-dire la connaissance. La raison organise les forces qui agissent sur la conscience. D'où une pensée fluide et mouvante, la discontinuité de la conscience, le dualisme de nos attitudes réactionnelles. « Une affectivité ouverte, orientée dans le sens du progrès, relevant de la sympathie, s'affronte avec une affectivité inorganisée et fermée, chargée de matérialité. »

M. C. Konczewski termine et complète cette intéressante étude par l'examen des perturbations, des inversions de la sympathie : désadaptation sociale, inversion des sentiments, orgueil et haine en tant que principes d'organisation et source de puissance, inversion systématique. A côté d'équilibres dynamiques conformes au progrès, il existe, en effet, des structures dynamiques viciées ou franchement morbides qui freinent le progrès. Malgré sa force d'entraînement, et contrairement à l'emportement passionnel, le mal est systématique et réfléchi. « Le mal est un dérèglement du compor- « tement encouragé par la raison et par la volonté, qui frappe tantôt direc- « tement la tendance évolutive, tantôt les fonctions et les régulations néces- « saires à sa réalisation. » Et, ajoute M. C. Konczewski, la haine et l'orgueil, inversion de la sympathie, constituent le mal central et suprême.

Cette étude de la sympathie a eu ainsi pour but de définir les bases psychologiques d'une morale naturelle et perfectible. Régulation d'ensemble de nos conduites, le sentiment moral prend nécessairement un caractère intuitif dont la conscience morale est l'achèvement. Le progrès moral se marque par un contact affectif toujours plus intime avec le milieu. La morale naturelle valorise la liberté en tant que possibilité d'évoluer. La morale de la sympathie est une morale d'espérance. La sympathie domine le progrès collectif.

La densité d'un tel livre ne permet, en une brève analyse, que de donner un aperçu de son contenu, en laissant arbitrairement de côté des développements et des liaisons que liront avec intérêt psychologues et psychiatres. Les opinions de nombreux psychiatres (H. Baruk, E. Bleuler, D. Lagache, E. Minkowski, H. Wallon, etc...) y sont citées et examinées. Et qui, davantage que les psychiatres, a l'occasion de mettre en œuvre la sympathie. Seule elle peut permettre, non seulement une vraie compréhension des malades mais aussi, dans bien des cas, d'assurer le succès d'un traitement.

René Charpentier.

Les échelles Wechsler-Bellevue. Guide pour les conseillers (The Wechsler-Bellevue Scales. A guide for counselors), par C.-H. Patterson (de St-Paul, Minnesota). (1 volume, T. 8, 146 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A. 1953).

Après une descripion des échelles Wechsler-Bellevue et de leur nature, l'auteur envisage leur fidélité et leur validité, étudie l'administration pratique du test et la notation des résultats, donnant des exemples. Puis il considère l'emploi de la méthode pour le diagnostic clinique, aussi bien dans ses principes que dans ses résultats, faisant à ce propos une large révision de la littérature. Sont alors spécialement envisagées la mesure de la détérioration mentale, celle des aptitudes, puis les formes abrégées des échelles Wechsler-Bellevue. En conclusion, est souligné l'intérêt du test. Bibliographie (250 références). Index analytique.

V.-J. Durand.

CRIMINOLOGIE

L'enfance délinquante, par Jean Chazal, juge des enfants au Tribunal de première instance de la Seine. (1 vol., 120 pages, *in* Collection « Que sais-je ? », Presses universitaires de France, Paris, 1953).

L'augmentation en tous pays, pendant et après la récente guerre, du nombre des jeunes délinquants, attire plus que jamais l'attention sur ce douloureux problème dont les causes familiales, sociales, sont présentes à l'esprit de tous. Les tendances actuelles à accorder la peine à la personnalité du délinquant et à ses possibilités de réinsertion sociale ont trouvé leur meilleur champ d'application devant les tribunaux pour enfants. D'où l'intérêt de ce petit livre, dans lequel un magistrat, spécialisé dans l'appréciation des infractions commises par les mineurs, apporte les résultats de son expérience.

Après un rappel des facteurs de la délinquance juvénile, sur lesquels il s'est étendu dans un précédent volume (1), milieux nocifs et traumatisants, irrégularités psychiques, suggestibilité normale de l'enfance, l'auteur discute l'influence des certains spectacles cinématographiques et celle de la presse destinée à la jeunesse, souligne l'importance de la dissociation et de la faiblesse des parents, analyse les causes de la constitution de bandes d'enfants et leurs résultats, étudie le mécanisme de la perversité acquise et le rôle des perversions sexuelles, l'influence du milieu étant en rapport avec son degré propre de nocivité mais aussi avec la réceptivité du terrain préparé par les causes biologiques ou psychologiques. Et, même dans des conditions identiques, il reste à rechercher pourquoi certains seulement de ces enfants commettront des actes délictueux. Problème délicat que celui du « passage à l'acte » dans lequel interviennent les circonstances extérieures, l'état psychique et, en particulier, l'état émotif du sujet au moment de l'acte, parfois aussi l'importance de l'infraction.

Pour ces actes délictueux — ou criminels — des mineurs, des juridictions spéciales ont été instituées dans un grand nombre de pays afin d'épargner aux enfants les mesures édictées pour les adultes par le Code pénal et de substituer des mesures éducatives à des mesures répressives. M. Jean Chazal en indique les caractères essentiels en France, où le tribunal pour enfants fonctionne depuis 1912. La mission de cette juridiction, dans laquelle le juge est exceptionnellement chargé à la fois de l'instruction et du jugement, est essentiellement d'ordonner des mesures de sauvegarde, d'éducation, de rééducation (liberté surveillée, placements familiaux, placements dans les centres de rééducation et dans les foyers de semi-liberté), en s'entourant des renseignements de médecins spécialisés, de psychotechniciens, d'assistantes sociales. Dans certains cas exceptionnels, et seulement si l'enfant a plus de 13 ans, des condamnations pénales peuvent cependant être prononcées. Une juridiction spéciale (Cour d'assises des mineurs) connaît des crimes commis par les adolescents de 16 à 18 ans. On lira avec intérêt les commentaires, inspirés de l'expérience personnelle de l'auteur, des divers problèmes psychologiques, juridiques, éducatifs, sociaux, posés au

(1) Jean Chazal : Etudes de criminologie juvénile, 1 vol., Presses universitaires de France, Paris, 1952 (analyse in *Annales médico-psychologiques*, mai 1953, p. 697-698).

juge par l'exercice de ces importantes fonctions qui exigent des connaissances multiples, une compréhension sympathique et généreuse de l'enfance, une indépendance et une objectivité absolues.

M. Jean Chazal met en relief ces trois aspects essentiels du but à atteindre par la rééducation : « le déconditionnement du jeune délinquant, son reconditionnement et enfin sa personnalisation ». Quant au milieu, il devra satisfaire aux besoins bio-affectifs essentiels de l'enfant, besoin de sympathie et d'amour, besoin de sécurité, besoin d'affirmation et d'expansion du moi. L'enfant devra aussi pouvoir y apprendre à vivre dans un climat communautaire. Ce sont de ces considérations que s'inspirent les différentes mesures de rééducation que l'auteur décrit ensuite et dont le choix n'est pas toujours facile. De chacune de ces mesures, il indique les avantages et les écueils, donnant aussi des adresses de foyers, d'institutions, d'établissements, de centres de rééducation (encore en trop petit nombre en France), où les enfants peuvent être placés. Action éducative longue et patiente nécessitant, en manière de post-cure, une tutelle éducative que M. Jean Chazal souhaiterait pouvoir se prolonger après la majorité.

Les résultats de ces diverses mesures sont d'ailleurs encourageants. Des statistiques récentes obtenues en France, parallèlement à Paris et à Lyon, montrent que 50 % à 60 % des enfants examinés et traités pour des troubles du caractère, et dont un grand nombre avaient comparu devant le tribunal pour enfants, ont pu parvenir à une adaptation sociale bonne ou moyenne. L'intérêt éducatif de l'enfant, le caractère indispensable dans certains cas de mesures de protection et d'éducation de l'enfant sont ainsi mis en évidence. De nouvelles dispositions législatives seraient pour cela nécessaires, qui détermineraient le cadre et les limites de l'action du juge pour la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger. Un projet en est actuellement soumis au Parlement. Il est à souhaiter qu'il soit prochainement voté.

René Charpentier.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Signification de la sémiologie dans le domaine des maladies mentales (Acepção de Semiologia no dominio das doenças mentais), par Anibal Silveira. (*Arquivos da Assistencia a Psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. XV, janvier-décembre 1950, p. 5-22).

Dans cette leçon d'introduction à un cours de psychiatrie, l'auteur montre la nécessité d'une bonne recherche sémiologique en médecine mentale. Le diagnostic doit s'appuyer sur une recherche complète : anamnèse subjective et objective, suivie d'une catamnèse soigneuse ; données de l'examen objectif : physiques, neurologiques ; examens complémentaires ; signes subjectifs psychiques ; comportement à la maison et à l'hôpital. La contribution essentielle de quelques maîtres de la psychiatrie est rappelée, en particulier, celle de Kræpelin, Wernicke, Kleist, Kretschmer, Adolf Meyer.

V.-J. Durand.

Hérédité et traits mentaux, par S.-L. Halperin et M. Guensberg. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 1, juillet 1951, p. 54).

Il y aurait une plus grande clarté à employer le terme « génétique » à la place de celui bien vague de « constitutionnel » quand le point de départ est le gène. Dans les états dits constitutionnels, le gène peut n'avoir joué aucun rôle tandis que ce sont les facteurs externes qui ont une plus grande action. L'activité biochimique d'un gène se continue durant toute la vie de l'individu. Un gène étend son action sur de nombreuses parties du corps et influence aussi l'action d'autres gènes. La difficulté dans les recherches sur l'hérédité est de préciser dans chaque cas, d'une part ce qui est héréditaire, génétique, d'autre part ce qui est provoqué par le milieu extérieur, même si cette action a été minime. Dans d'autres cas, le gène cause de profonds troubles dans le métabolisme du corps, associés à une altération sévère du système nerveux central. Les auteurs donnent les exemples suivants : le gargoylisme, syndrome récessif caractérisé par des anomalies osseuses, l'opacité de la cornée, l'hypertrophie du foie et de la rate et la faiblesse mentale ; l'oligophrénie phénylpyruvique ou phénylcétonurie, caractérisée par l'excrétion urinaire d'acide phénylpyruvique et l'idiotie ; elle est due à l'action d'un gène récessif. Dans l'avenir, on pourra découvrir des gènes pathologiques responsables d'un jugement défectueux et d'une émotivité anormale. On a une tendance à attribuer une prédisposition biologique aux affections de l'émotivité et on admet qu'il existe une prédisposition génétique, sous forme d'hérédité, d'une faible énergie potentielle. Cependant, nous manquons de données sur le développement d'une émotivité normale et sur les subtiles facteurs extérieurs qui sont cause de troubles de l'émotivité. A ce point de vue, les études des influences qui surviennent durant la grossesse ont pu apporter déjà des résultats importants dans le mongolisme, l'anencéphalie, l'hydrocéphalie, et plus rarement dans le spina-bifida. Il y a lieu d'espérer que l'on arrivera à préciser l'influence génétique sur les maladies de l'émotivité comme on l'a déjà fait pour la faiblesse intellectuelle.

L. Marchand.

Notes sur la génétique en psychiatrie (Notas sobre genetica em Psiquiatria), par Arnaldo di Lascio. (*Neurobiologia, Recife*, T. XIII, n° 3, septembre 1950, p. 235-242).

L'auteur rappelle brièvement l'essentiel des travaux récents de génétique dans le domaine des maladies mentales et, en particulier, les recherches statistiques de Manfred Bleuler sur les familles de schizophrènes. Bien que de telles études, de même que celles de Rudin, de Kalmann, de Lennox, n'apportent pas toujours une connaissance sûre des facteurs héréditaires, elles permettent cependant de préciser de nombreux points.

V.-J. Durand.

Quelques points de vue sur l'étiologie des psychoses endogènes, par Stig Eckergard. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XI, n° 3, Berne, 1952).

L'auteur souligne l'importance pathogénique de la zone sociale environnante. Il pose la question d'une origine commune de la schizophrénie et de

la psychose maniaco-mélancolique et d'une orientation ultérieure vers l'une ou l'autre, sous l'influence du milieu environnant. Dans la schizophrénie, l'activité psychique serait entravée par le milieu. Dans la psychose maniaco-mélancolique, il s'agirait d'une déficience dans la canalisation adéquate de l'activité.

L'auteur rattache le rapport individu-milieu à l'idée du potentiel de Kurt Lewin. Il étudie l'individu, à la fois sur le champ objectif extérieur avec ses diverses tendances vis-à-vis des différents objets, et sur le champ subjectif personnel, projection du status du système nerveux central de l'individu.

L. R.

Génialité fameuse et psychopathologie (Genialidad famosa y psicopatologia), par J. Sole Sagarra (de Barcelone). (*Revista de Psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. V, n° 16, 1950, p. 745-754).

L'auteur reprend le problème souvent discuté des rapports du génie et des psychoses. Rappelant les théories classiques, l'auteur prend comme exemple le cas de Jean-Jacques Rousseau, dont il étudie les traits psychopathologiques. Il envisage ensuite et successivement différentes questions : en quoi se sépare le génie de la folie ? ; d'où viennent les pensées géniales ? On pourrait dire souvent que les personnalités de génie sont périodiquement maniaques. Les phases hypomaniaques ou d'excitation maniaque franche sont importantes pour la production littéraire, artistique ou scientifique. Il faut souligner la facette thymique de la personnalité dans le développement de la civilisation ; la pensée maniforme est le moteur de la génialité, la pensée active, noétique, lui donne forme et direction.

V.-J. Durand.

La bibliophagie, par Jean Girard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, médecin des hôpitaux. (*La Presse médicale*, 24 mars 1951).

L'auteur décrit sous le nom de bibliophagie une certaine déformation mentale assez rare ; il cite des exemples, concluant que la lecture présente trois aspects.

Le premier, normal, banal, est celui de l'accroissement intellectuel et de la distraction. Il ne tient dans la vie qu'une place accessoire, est considéré comme une occupation souvent utile, presque toujours agréable.

Le second « est un vice analysé longuement et définitivement par Valéry-Larbaud ». Après la période des lectures désordonnées vient celle de la bibliophilie, de l'érudition qui permet à quelques êtres privilégiés de terminer « dans cette aristocratie invisible, dispersée, dépourvue de marques extérieures, sans existence officiellement reconnue, sans diplômes et lettres patentes et pourtant plus brillante qu'aucune autre, la sélection des lettrés ».

Le troisième est celui de la bibliophagie, lecture sans objet intellectuel, sans utilité, intoxication par le papier imprimé et qui traduit une inadaptation à la vie. La lecture permet la perte du contact vital avec la réalité et le bibliophage est un schizoïde.

L. R.

La grossesse comme précipitant de maladies mentales chez l'homme. (Pregnancy as a precipitant of mental illness in men), par Thomas Freeman. (*The British Journal of Medical Psychology*, XXIV, n° 1, 1951, p. 49-54).

L'auteur rapporte six observations de sujets chez lesquels l'apparition d'un trouble mental coïncida avec une grossesse chez leur femme ou chez une amie. Les désordres psychiques apparaissent surdéterminés, c'est-à-dire ils doivent leur existence à un ensemble de causes. La grossesse en elle-même ne peut être considérée comme un agent étiologique primordial. Elle agit, le plus souvent, comme un précipitant chez des prédisposés. Il convient de discuter la part respective des facteurs de prédisposition et du traumatisme affectif dû à la grossesse.

V.-J. Durand.

Fatigue musculaire et troubles mentaux, par Bannel, Rigal et Manach. (*Bull. de la Société de médecine du travail de Bordeaux et de sa région*, séance du 10 avril 1951).

Observation d'un jeune homme de 22 ans qui, au cours d'un cross-country, présente un état syncopal et s'effondre 300 mètres avant l'arrivée. Ranimé, il présente immédiatement un état d'agitation avec angoisse, confusion mentale et délire confuso-onirique, le tout s'accompagnant d'une température à 38°2. Dès le lendemain, les troubles mentaux disparaissent, mais l'hyperthermie et les céphalées persistent pendant quelques jours.

Après avoir rappelé les différents travaux sur « l'ivresse sportive » et discuté la pathogénie qu'ils attribuent à une auto-intoxication d'origine musculaire, les auteurs se demandent s'il n'est pas possible de constater des troubles du même ordre à l'occasion d'un travail musculaire intense ou trop prolongé dans certaines professions.

L. R.

Le syndrome aparnétique. A propos d'une réaction mentale rare au cours de la tuberculose (La sindrome aparnetica. Aproposito di una rara reazione mentale in corso di malattia tubercolare), par Mario Nistri (de Florence). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, XL, fasc. 1, janvier-février 1951, p. 111-117).

L'auteur rapporte une observation personnelle de syndrome aparnétique, décrit par Gilles en 1934, survenant au cours de la tuberculose pulmonaire chronique et caractérisé par l'apparition, au cours d'un état dépressif, d'épisodes d'excitation avec méconnaissance systématique de la gravité de la maladie et de la proximité de la mort. Les mécanismes pathogéniques en sont discutés ; on peut invoquer des causes biologiques, psychosomatiques, psychanalytiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Schéma pour les diagnostics des biotypes de E. Kretschmer. (Esquema para los diagnosticos de los biotipos de E. Kretschmer), de J. L. de Ormaechea et K. Höhne (*Ravista de Psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 5, n° 16, 1950, p. 731-734).

Höhne a créé une systématisation médico-descriptive abrégée des types corporels de Kretschmer facilitant le diagnostic. Les auteurs montrent l'in-

térêt de cette méthode et reproduisent le tableau permettant par quelques observations et mensurations de déterminer le biotype kretschmérien.

V.-J. Durand.

Disproportion du volume cranien et altérations de la fonction critique de l'intelligence. Etude statistique de 440 sujets, par M. Verdun. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine,* séance du 5 juin 1951).

L'auteur a étudié, chez 440 sujets masculins de 18 à 50 ans, le rapport cranio-somatique, qui présente d'importantes variations individuelles (de 4,73 à 9,31) ; on peut distinguer des oligo-craniens, des normocraniens et des mégalocraniens. L'exploration simultanée du comportement psycho-social a permis à l'auteur de constater la coexistence fréquente de la déficience discrète ou manifeste du sens critique, de son exaltation maladive avec les variations outrancières, en plus ou en moins, du développement volumétrique du crâne. La courbe de fréquence de ces éclopés du jugement pratique, avec tendance à l'infatuation ou à l'insatisfaction, a une allure nettement bipolaire, tandis que celle des sujets exempts de toute altération discernable de l'auto- et de l'hétérocritique se développe parallèlement à celle du rapport cranio-somatique.

L. R.

Étude expérimentale d'un questionnaire psychodiagnostique (Estudo experimental de un questionario psicodiagnostico), par Otavio de Freitas Junior (*Jornal de Medicina de Pernambuco,* XLVI[e] année, n° 6, novembre-décembre 1950, p. 359-374).

Recherchant les relations entre les facteurs : introversion, tendance à la névrose et dépression, l'auteur a établi un questionnaire formé de trois séries de 10 questions, visant les trois facteurs respectifs. Il a essayé ce test chez 100 sujets de culture secondaire et supérieure. Il semble que l'ensemble des questions de la première série s'adresse plus à la recherche du couple : activité-inactivité, qu'à celle de celui : introversion-extraversion. La deuxième série montre une grande homogénéité et s'applique bien à la recherche de la tendance névrotique. La troisième série — recherche de la dépression ou de l'excitation, du couple pessimisme-optimisme —, est beaucoup moins homogène. Une modification de ce test, basée sur des études factorielles, est donc nécessaire.

V.-J. Durand.

Intérêt du test de Thorn en psychiatrie, par J. Rigal, F. Baumel et L.-J. Grenier de Cardenal. (*Bull. de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* séance du 16 mars 1951).

Les auteurs ont pratiqué 41 tests de Thorn à l'adrénaline chez 29 malades mentaux. Ils concluent à l'intérêt de cette épreuve en psychiatrie. De leurs premiers résultats, il ressort que ce sont les psychoses à tonalité dépressive, mélancolie et états dépressifs, qui entraînent les plus grandes anomalies du test de Thorn. Ils ont trouvé également des résultats anormaux chez des schizophrènes à la période de début et chez certains psychasthéniques. Par

contre, dans les états caractériels constitutionnels, les états hystériques et aussi dans les états purement névrotiques, les résultats ont été normaux. Les auteurs pensent que les anomalies du test de Thorn sont en rapport avant tout avec un état thymique douloureux. Le test de Thorn leur paraît avoir en pathologie mentale un intérêt à la fois diagnostique et pronostique.

L. R.

Modifications du test de Lamparter dit « de la grappe de raisin », et premiers résultats de son application en neuro-psychiatrie (Modificazioni del Test di Lamparter detto « del grappolo d'uva » e prime resultati della sua applicaziona in neuro-psichiatria) par I. Sanguineti et R. Sigurtal (de Milan). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, XII[e] année, fasc. 1, février 1951, p. 35-52).

Le test « de la grappe de raisin » décrit par Lamparter et que les auteurs ont repris, après modifications, est de type projectif-constructif. Très facile à utiliser, il peut se montrer applicable en neuro-psychiatrie. Dans les affections mentales, divers facteurs peuvent prédominer selon les cas : facteur de « structuration » chez les schizophrènes, ou les interprétants ; facteur « lacunaire » chez les oligophrènes et les déments ; facteur « couleur », conservé chez presque tous les déprimés et psychonévrotiques, manquant chez 50 % des schizophrènes et presque tous les oligophrènes et déments organiques. A cette étude basée sur 310 sujets, dont 68 normaux et 242 malades mentaux, sont annexées des figures servant d'exemples.

V.-J. Durand.

Un exposé des recherches sur le test de Szondi, par W.-H. Guertin et H.-G. Mc Mahan. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 3, septembre 1951, p. 180).

Les auteurs passent en revue et analysent les principaux travaux américains sur le test de Szondi. Ils indiquent les méthodes employées et proposent les modifications à apporter au test.

L. Marchand.

Modifications dans le test de Szondi après vertige galvanique. (Modificações no teste de Szondi apos vertigem galvanica), par Otavio de Freitas Junior. (*Jornal de Medicina de Pernambuco*, 47[e] année, n° 1, janvier-février 1951, p. 39-42).

L'auteur, s'inspirant d'une communication de Babinski, sur la guérison d'un cas de mélancolie par le vertige galvanique, étudie les effets de celui-ci sur le test de Szondi, avant et après chaque séance de vertige galvanique. Avec 24 vertiges chez 6 sujets, il trouve une augmentation nette des facteurs S et P et une diminution des facteurs H et E.

V.-J. Durand.

Recherche expérimentale sur l'emploi clinique du test de Szondi, par Arthur L. Kobler. (*L'encéphale*, 1952, n° 3).

Après indication de la méthode suivie et des résultats obtenus, l'auteur conclut que, de l'examen des corrélations, il semble résulter que la validité

et la fidélité du test de Szondi ne sont ni meilleures ni pires que la validité et la fidélité du test de Rorschach.

R. C.

La validation expérimentale du test de Rorschach (The experimental validation of the Rorschach Test), par Arthur L. Benton (de l'université d'Iowa). (*The British Journal of Medical Psychology*, XXIII, n° 1 2, 1950, p. 45-58).

Tout en reconnaissant la grande valeur et l'intérêt remarquable du test de Rorschach, l'auteur observe que certains fondements de l'épreuve n'ont pas reçu une démonstration expérimentale évidente. Il envisage quelques points : description de la personnalité totale, signes indicateurs de l'anxiété, réponses de couleurs, attitude du sujet devant les planches, rôle de la personnalité de l'examinateur. L'auteur critique l'attitude presque fanatique de certains auteurs et montre que Rorschach lui-même aurait apporté, s'il avait vécu plus longtemps, certaines retouches à sa méthode.

V.-J. Durand.

Le processus interprétatif dans le test de Rorschach (Il processo interpretativo nel test di Rorschach), par Franco de Franco (de Messine), (*Archivio di Psicologia, Neurologia et Psichiatria*, XII[e] année, fasc. 1, février 1951, p. 53-69).

L'auteur examine les diverses méthodes adoptées par les chercheurs pour distinguer, dans le test de Rorschach, les détails normaux des détails extraordinaires. Il montre que les gestaltistes qui individualisent les détails normaux seulement par la structure forte des parties correspondantes de la tache, ne tiennent pas compte des autres facteurs, différents pour chaque groupe comme l'âge, le sexe, la race, la culture, qui influencent, non seulement la distinction entre détails normaux et détails insolites, mais encore la fréquence de choix des détails normaux. Il semble donc, pour cela, que la méthode à préférer pour établir la liste des détails doit se fonder sur une étude statistique. Les pourcentages les meilleurs sont ceux de Löpfe. Tableaux numériques et références bibliographiques complètent ce travail.

V.-J. Durand.

Le dessin de la famille. Exploration par le dessin de la situation affective de l'enfant dans sa famille, par Maurice Porot (d'Alger). (*Pédiatrie*, n° 3, 1952).

On donne à l'enfant une feuille de papier, un crayon noir, des crayons de couleur, et on lui demande de dessiner sa famille. On l'observe et on note l'ordre dans lequel il dessine les personnages, les lapsus, les commentaires, les hésitations... On analyse le tableau : composition de la famille, valorisation ou minimisation des personnages par leur place, leur rang, leurs attributs, leur coloriage, les imperfections du graphisme ; la situation que se donne l'enfant et l'absence d'un personnage. Ce dessin peut confirmer une hypothèse, permet de trouver la cause de troubles présentés par l'enfant, mais aussi d'infirmer une hypothèse préconçue, enfin de découvrir

des situations inattendues. Faits à différents âges, ils aident à suivre l'évolution de l'enfant ; mis à côté des dessins des frères et sœurs, ils permettent les comparaisons et les recoupements.

D. Joyeux-Quercy.

Conséquences éloignées des émotions de guerre chez les enfants, par J.-M. Sutter (d'Alger). (*Pédiatrie*, n° 3, 1952).

Après un tableau rapide des événements de guerre dans la région d'Alger, l'auteur classe les enfants examinés en trois groupes : ceux chez qui ces émotions n'ont pas laissé de trace (les plus nombreux) ; ceux chez qui elles ont laissé des séquelles nettes : hyperémotivité simple ou associée à des crises émotives, des terreurs nocturnes, une arriération affective (il reconnaît le rôle des causes adjuvantes) ; enfin le troisième groupe, où le rôle des émotions de guerre est discutable : états élémentaires (insécurité, découragement, agressivité) ou états complexes (troubles du caractère, du comportement, névroses, psychoses). L'auteur insiste sur l'intensité et la répétition des émotions, le rôle du terrain, des facteurs psycho-sociaux, des émotions réactivantes, et du moment du traumatisme dans l'évolution de l'enfant. Il termine par l'étude des conséquences prophylactiques et thérapeutiques en notant l'échec des subnarcoses chimiques pour provoquer des abréactions émotionnelles.

D. Joyeux-Quercy.

Neurophrénie, par Edgar A. Doll. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 1, juillet 1952, p. 50).

Sous le terme « neurophrénie », l'auteur groupe tous les symptômes relevant d'un dommage cérébral survenu avant le complet développement du cerveau (période préadulte), entraînant des troubles du comportement et nécessitant une thérapeutique médicale, éducative et sociale. Les manifestations pathologiques peuvent porter sur les appareils neuro-musculaire, visuel, auditif, sur le langage, sur les sphères émotive et volitive, consistant alors en hyperactivité, irritabilité, oppositionisme, autisme, agressivité, hostilité. Pour le traitement, le psychologue doit indiquer les caractères cliniques particuliers à chaque cas.

L. Marchand.

Nosologie de l'anorexie mentale (cachexie psycho-endocrinienne), par J. Decourt (de Paris). (*La Presse médicale*, 9 juin 1951).

D'une étude basée sur 32 observations personnelles, l'auteur conclut que l'affection classiquement désignée sous le nom d'anorexie mentale n'appartient purement ni à la psychiatrie, ni à l'endocrinologie. Le dérèglement de la vie psycho-affective se mêle étroitement au déséquilibre endocrinien, dans la mesure même où ces deux éléments s'unissent pour constituer la personnalité.

Le dérèglement hormonal se traduit précocement par l'aménorrhée, souvent premier signe clinique, qui paraît traduire un défaut de sécrétion de lutéo-stimuline hypophysaire secondaire à une perturbation hypothala-

mique, alors que la sécrétion de folliculo-stimuline et de cortico-stimuline est conservée. Dans les formes anciennes avec cachexie profonde, une insuffisance hypophysaire globale avec insuffisance cortico-surrénale peut apparaître, expliquant la confusion fréquente entre l'anorexie mentale et la maladie de Simmonds. La cure psychiatrique classique, par l'isolement rigoureux et la reprise de l'alimentation à la faveur de la cure de rééducation mentale, permet alors d'obtenir la guérison sans le secours d'aucune hormonothérapie.

Le dérèglement psychique est d'origine variable. Mais l'anorexie mentale commune apparaît essentiellement comme un drame de l'adolescence. Elle réalise une sorte de régression vers l'enfance, à la fois sur le plan physique et sur le plan psychique, ainsi que le montrent l'étude des morphogrammes, le bilan hormonal et l'examen psychologique. Ce sont deux aspects simultanés d'un même dérèglement fondamental que les recherches modernes permettent de centrer sur l'hypothalamus, où se rejoignent les stimuli venus, d'une part, de la vie organique profonde, et, d'autre part, du cortex cérébral, de la conscience.

L'anorexie mentale, à laquelle conviendrait mieux le nom de « cachexie psycho-endocrinienne de l'adolescence », représente en somme un des types les plus saisissants de la pathologie psycho-somatique.

L. R.

Troubles fonctionnels intestinaux de mécanisme psycho-somatique, par G. Heuyer et S. Lebovici. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 16 janvier 1951).

Observation d'un garçon de 10 ans hospitalisé pour des troubles graves du caractère, qui faisaient de lui pour sa mère un véritable « bourreau domestique » et qui évoluaient sur un fond obsessionnel. Il présentait des troubles intestinaux, qui disparurent à la suite de l'isolement et d'une mise au régime ordinaire pendant huit jours, mais ces troubles reparurent le lendemain de la première visite de sa mère.

L. R.

Sénilité et démence. Considérations à propos des atrophies cérébrales. (Senilidade e demencia. Consideraçaões acerca das atrofias cerebrais), par I. da Cunha Lopez. (*Cultura Medica, Rio de Janeiro*, XIe année, n° 1, 12 juillet 1949, juin 1950, p. 5-16).

Après avoir établi la distinction entre sénescence et sénilité et décrit rapidement les traits essentiels des démences séniles, l'auteur s'arrête plus longuement à l'étude de la maladie de Pick et de celle d'Alzheimer, donnant les éléments de leur diagnostic différentiel.

V.-J. Durand.

Activité générale ou psycho-motrice. Semi-agités (Actividade geral ou psicomotora. Semi-agitados), par Gustavo Augusto de Rezende (*Revista do Centro Psiquiatrico nacional.* Rio de Janeiro, ancienne série, vol. 3, vol. 2, n° 3-4, 1° & 2° semestres 1947, p. 43-49).

L'auteur étudie les diverses définitions de l'agitation psycho-motrice. C'est une question toujours discutée. Il peut conclure que l'agitation psycho-

motrice est un désordre de l'activité générale provoqué par un état émotionnel pathologique avec des troubles organiques et l'impossibilité de la coordination intellectuelle. Les états de demi-agitation qui succèdent à la période aiguë méritent des soins spéciaux que l'auteur rappelle, donnant d'utiles conseils.

V.-J. Durand.

Analyse des facteurs ayant un rapport avec le temps dans la psychose maniaque dépressive. Exposé particulier sur l'action de l'électrochocthérapie, par J. Oltman et S. Friedman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 1, juillet 1950, p. 57).

Il ressort, de l'examen de 262 cas de psychose maniaque-dépressive, que le début de la maladie est un peu plus tardif chez l'homme que chez la femme. Ni l'âge du début (avant ou après 40 ans), ni la prédominance de la phase maniaque sur la phase dépressive, n'ont une influence sur la fréquence des attaques ou la longueur des rémissions. La durée de l'hospitalisation des sujets, quand ils ne sont pas traités, est la même pour les épisodes maniaques et dépressifs. L'électrochocthérapie a pour effet de réduire nettement la durée de l'hospitalisation des malades déprimés ; son action est plus sensible pour les premières hospitalisations que pour les autres ; elle est moins nette sur la durée des épisodes maniaques, mais quelle que soit la phase de la psychose, la durée de l'hospitalisation est toujours diminuée. Son action sur la longueur des rémissions n'est pas encore précisée ; il y a des auteurs qui admettent que leur longueur est diminuée. Il faut attendre encore une dizaine d'années d'observations pour préciser cette question.

L. Marchand.

Les personnalités psychopathiques. (Personalidades psicopaticas), par Nelson Pires, Rubim de Pinho, Erico Novais Filho, George Alakija, Manoel Guerreiro, Gabriel Nery et Jacques Cœlho. (*Neurobiologia*, Recife, tome 13, n° 4, décembre 1950, p. 277-380).

Après avoir exposé les différentes classifications proposées des personnalités psychopathiques, montré la difficulté de la question, les auteurs adoptant les divisions de Kurt Schneider, étudient 105 sujets vus à l'hôpital et au dispensaire. Ils décrivent successivement les psychopathes ayant besoin de valorisation (Geltungsbedürftigen de Schneider), abouliques, asthéniques, montrant un état d'insécurité, à humeur labile, déprimés, hyperthymiques, explosifs, fanatiques, antisociaux dépourvus de sensibilité. Pour chacun de ces groupes sont fournies les données essentielles portant sur l'hérédité, l'état civil, les motifs de placement, les symptômes, les antécédents personnels physiopathologiques ou judiciaires, l'évolution, le *curriculum vitæ*. Des commentaires détaillés et très intéressants sont faits pour chaque division de la classification. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le mécanisme des cénestopathies, par J. Planques. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance de février 1951).

Ces symptômes, dont l'auteur donne une liste limitative, ont pour caractères communs : d'affecter électivement le tronc, la tête, les zones viscé-

rales, d'avoir un caractère beaucoup plus paresthésique que douloureux à proprement parler ; ils se dissipent à l'approche d'un danger réel.

Les cénestopathies n'affectent que des hyperémotifs présentant les stigmates de Dupré. De tels troubles du terrain sont regardés aujourd'hui comme une sorte d'arriération affective, d'imparfaite socialisation de l'individu. La plupart semblent explicables par une hyperexcitabilité du système végétatif émotionnel, favorisant l'installation d'un cercle vicieux de réflexes (surtout vaso-moteurs), à partir d'une lésion minime ou d'un trouble fonctionnel banal. Au-dessus de ce système s'installe une activité intellectuelle parasitaire s'alimentant de ces perceptions et augmentant (par un nouveau cercle vicieux) leur intensité.

Le premier cercle vicieux (dont il faut chercher le point de départ) a paru à l'auteur sensible à l'action de la parathyrone injectable. Le second peut être atténué en modifiant le milieu, en réprimant les abus de régime ou de barbituriques ; mais aussi par l'action éducative du médecin, dont la cure psychanalytique est une modalité, applicable à quelques cas graves, chez les jeunes.

L. R.

Théâtralisation idéative paranormale (Teatralizacion ideativa paranormal), par Fernando Gorriti. (Communication à la « *Sociedad de Neurologia, Psiquiatria y Neurocirugia de Buenos-Aires* », le 15 septembre 1950).

L'auteur rapporte le cas très intéressant d'une Argentine de 42 ans, artiste, auteur de nouvelles et de romans, qui possède depuis son enfance la propriété de représentations imaginatives très précises de tout ce qu'elle pense, entend, lit ou dit. Il s'agit d'une forme très particulière de théâtralisation idéative, exacte, innée, permanente, dont l'auteur montre la rareté. Dans le cas présent, l'intelligence remarquable du sujet s'associait à des traits caractériels hystériques.

V.-J. Durand.

Définition de l'hystérie, par Honorio Delgado (de Lima). (*L'encéphale,* 1952, n° 4).

Réaction psychique anormale dont la définition de l'auteur note l'apparition chez des individus prédisposés (excitabilité désordonnée de la vie affective et de l'imagination), par intervention de tendances primitives et extra-conscientes sous l'influence de la suggestion, et cela aussi bien dans l'activité animique que dans l'activité corporelle. Il en souligne le pronostic réservé, surtout dans les cas évoluant depuis longtemps ainsi que les séquelles, la guérison des accidents et la modification de l'attitude morbide pouvant se produire spontanément, sous l'influence de la psychothérapie ou de l'action d'agents physiques (avec ou sans psychothérapie).

R. C.

Instabilités psycho-motrices de l'enfance de genèse psychique. Première communication, par Léon Michaux, H.-M Gallot et Mlle Teyssère. (*Bull. de la Société de pédiatrie,* séance du 10 juillet 1951).

Les auteurs attirent l'attention sur le fait qu'à côté des instabilités constitutionnelles existent des instabilités acquises. On doit les soupçonner,

même précoces, devant l'absence de retard dans l'apparition de fonctions motrices et de signes de débilité motrice.

Ces instabilités acquises dépendent de facteurs traumatiques, infectieux (chorée de Sydenham), endocriniens (hyperthyroïdie) ou psychogènes. Parmi ceux-ci, MM. G. Heuyer et S. Lebovici ont décrit récemment l'instabilité conditionnée liée à des causes psycho-sociales.

Les auteurs décrivent une autre variété psychogène : l'*instabilité réactionnelle à la psychasthénie type Janet*. Elle constitue un processus de défense contre les obsessions. Elle masque le fond mental vrai qui ne peut être précisé que par l'observation de l'enfant, l'étude des cahiers, des dessins et le test de Rorschach, qui objectivent la méticulosité et les scrupules de l'enfant obsédé.

L. R.

Etude électroencéphalographique et clinique des enfants présentant des troubles primaires du comportement, par J. Cattell et B. Pacella. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 1, juillet 1950, p. 25).

Les auteurs passent en revue les techniques concernant l'interprétation des tracés électro-encéphalographiques, les méthodes concernant la classification des enfants inadaptés, les classifications proposées par de nombreux auteurs. Après avoir exposé leur méthode d'examen, ils ont classé leur cas en « organiques » avec troubles secondaires du comportement et en « fonctionnels », les manifestations consistant alors en réaction au milieu et constituant ce que les auteurs appellent « troubles primaires du comportement ». L'étude clinique et électro-encéphalographique a porté sur 42 enfants âgés de 6 à 12 ans, comprenant 20 sujets avec symptômes névrotiques, 16 avec désordres de la conduite et 6 schizophrènes infantiles. Chez les enfants avec désordre de la conduite, l'activité delta et les anomalies électro-encéphalographiques sont plus fréquentes que chez les enfants avec symptômes névrotiques. Il n'existe aucun rapport entre les anomalies et le niveau intellectuel, les antécédents mentaux familiaux, la façon dont les sujets sont élevés par leurs parents, la présence d'énurésie, les impulsions à l'incendie et au vol.

L. Marchand.

L'électro-encéphalogramme dans les troubles du caractère et du comportement chez l'enfant, par Harry Feldmann (de Genève). (43 pages, in *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXIX, fasc. 1/2, Zurich, 1952).

De l'étude électro-encéphalographique comparative entre 50 enfants normaux des écoles parisiennes (de 3 à 15 ans) et de 50 enfants du Service de neuro-psychiatrie de l'enfance du professeur G. Heuyer ; l'auteur conclut que le tracé électro-encéphalographique des enfants présentant des troubles primaires du caractère ou du comportement n'est pas pathognomonique de ces troubles, à l'exception des cas où l'on constate des signes électro-encéphalographiques d'activité comitiale latente (12 % des tracés).

L'abondance excessive du rythme thêta par rapport à une série d'enfants

normaux est imputable à une immaturité physiologique relative des mécanismes de conduction cortico-diencéphalique et des voies d'association chez les caractériels.

Bibliographie. Nombreux tableaux et graphiques.

R. C.

Positions actuelles du pronostic des troubles caractériels chez l'enfant, par R. Lachanat (de Lyon). (*Pédiatrie*, n° 3, 1952).

L'enquête porte sur 135 enfants de moins de 14 ans lors de leur première observation et examinés cinq ans après. L'auteur rapporte les pourcentages d'adaptation selon de très nombreux facteurs qui sont analysés. Il insiste sur certaines causes de mauvaise adaptation : alcoolisme paternel, famille de plus de quatre enfants, placements familiaux successifs, dissociation familiale, niveau économique bas ; et du côté de l'enfant, sur la débilité intellectuelle, la mauvaise fréquentation scolaire, l'absence de loisirs, les tendances opposantes et l'instabilité. L'auteur termine sur une note humoristique, en brossant, d'après les résultats des statistiques, le portrait de l'enfant qui a le plus de chance de s'adapter à notre société, en France, en 1950.

D. Joyeux-Quercy.

Forme conditionnée de l'instabilité psycho-motrice, par G. Heuyer et S. Lebovici. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 16 janvier 1951).

Les auteurs attirent l'attention sur certaines formes de l'instabilité psychomotrice, que l'on peut considérer comme véritablement conditionnées chez les enfants. La non-observation des horaires du sommeil ou du travail dans les familles de psychopathes peut suffire à provoquer des névroses chez les enfants. La multiplicité des placements en nourrice, en pension peut entraîner de l'irritabilité, de la turbulence, du retard scolaire. Le passage successif dans une série d'œuvres des enfants jugés par le tribunal des enfants est souvent un facteur d'instabilité psycho-motrice. Un grand nombre d'établissements médico-psychologiques se renvoient les enfants instables comme des balles. C'est le redressement de ces établissements qu'il faudrait commencer par opérer.

L. R.

Troubles de la marche psychogénétiques, par Cl. Launay et Y. Matet. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 13 mars 1951).

A l'occasion de plusieurs observations d'impotence pithiatique à la marche facilement guérie grâce au sommeil anesthésique, les auteurs montrent la nécessité d'une recherche patiente de la cause d'un tel comportement. Chez l'enfant, ces syndromes d'impotence sont presque toujours liés à un besoin excessif de protection maternelle et à une fixation à un stade infantile ; aussi, la guérison du symptôme ne saurait-elle suffire. Il est souvent facile de découvrir les motifs familiaux d'une telle attitude mentale.

Insistant sur le caractère disparate des syndromes rassemblés autrefois sous la rubrique d' « hystérie infantile », les auteurs pensent que l'emploi

du sommeil anesthésique, si légitimement restreint chez l'enfant, trouve néanmoins une indication dans ces syndromes d'impotence motrice, permet d'obtenir la disparition rapide du symptôme et d'amorcer de façon satisfaisante une psychothérapie. Celle-ci, devant ces cas de comportement réactionnel élémentaire, se réduit habituellement à des données simples.

R. C.

Manifestations psychosomatiques dans l'enfance (Manifestaçoes psicossomaticas na infancia), par José Leme Lopes (*Neurobiologia, Recife*, T.XIII, n° 2, juin 1950, p. 111-124).

L'auteur reprend l'étude de quelques manifestations psychosomatiques observables chez l'enfant, insistant particulièrement sur les troubles digestifs et surtout l'anorexie, sur l'asthme (la crise traduisant la crainte de perdre l'amour de la mère), enfin l'énurésie. Les nombreux facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition de cette dernière sont successivement envisagés, ainsi que leur interférence. Des conseils thérapeutiques sont donnés.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

La cisternographie. Technique. Indications. Résultats, par M. Feld et J. Clément (de Paris). (*La Presse médicale*, 24 octobre 1951).

La cisternographie est l'exploration radiologique élective des canalisations sous-arachnoïdiennes dénommées citernes, qui entourent le tronc cérébral. Elles conduisent le liquide céphalo-rachidien des cavités ventriculaires aux aires de résorption corticale. La cisternographie permet leur étude morphologique et hydrodynamique.

La substance de contraste est l'air atmosphérique, comme dans la pneumoencéphalographie classique. Les différentes techniques d'injection ici exposées sont : la méthode de Belloni, en décubitus, sur table basculante ; l'injection en position assise, soit par voie lombaire, soit par voie sous-occipitale.

Les auteurs rappellent les détails anatomiques du cisternogramme normal : 1° les départements successifs du circuit cisternal ; 2° les formations extrinsèques, nerveuses et vasculaires, qui encochent les parois des citernes ou se projettent à leur intérieur. Ils examinent ensuite les modalités pathologiques des cisternogrammes : distensions, cloisonnements, images lacunaires, ou troubles fonctionnels de l'hydrodynamique.

L'important apport de cette méthode ressort de ses indications cliniques et pré-opératoires, nombreuses en neuro-chirurgie : syndromes chiasmatiques, syndromes diencéphalo-végétatifs et endocriniens, tumeurs extrinsèques du carrefour chiasmatique, hydrocéphalies ventriculaires par blocage cisternal.

Cet article, premier travail français d'ensemble sur la cisternographie, synthétise les notions éparses déjà connues et apporte une contribution originale à la technique et aux indications de la cisternographie.

R. C.

L'angiocardiographie cérébrale : technique, indications et résultats, par Cl. Gros et J. Minvielle. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologigues de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 juillet 1951).

Les auteurs rapportent leur expérience de cette méthode d'exploration et décrivent la technique utilisée pour l'artériographie carotidienne (l'injection de l'artère vertébrale étant très rarement indiquée). Ils emploient exclusivement la voie transcutanée, plus simple que la dénudation et dépourvue de risques locaux. Les clichés de face et de profil sont obtenus par injection de di-iodone à 35 %. Les contre-indications et les accidents sont exceptionnels : un seul cas de mort, provoquée par iodisme : œdème cérébral et pulmonaire aigu après artériographie vertébrale avec un produit trop concentré. Un seul incident : crise bravais-jacksonienne provoquée par la perfusion novocaïnée avant injection du produit de contraste. Par contre, amélioration fréquente du syndrome focal. L'angiographie est extrêmement utile au diagnostic et au choix de la méthode thérapeutique dans les affections vasculaires, les néoplasmes intra-craniens, les épilepsies et tous les syndromes en foyer. Sans supplanter la ventriculographie, elle apporte des renseignements utiles ou indispensables d'ordre morphologique ou dynamique.

L. R.

Falco-tentoriographie et sinusographie basale, par J. Talairach, M. David, H. Fischgold et J. Aboulker (de Paris). (*La Presse médicale*, 23 mai 1951).

En introduisant de la diiodone à 35 % dans le sinus longitudinal supérieur au niveau de la suture coronaire, les auteurs montrent qu'il est possible d'opacifier la faux du cerveau, la tente du cervelet et les contours du grand trou de Pacchioni.

Ils espèrent que la falco-tentoriographie permettra le diagnostic si difficile entre certaines tumeurs comprimant le tronc cérébral au-dessus de la tente et d'autres se développant dans la fosse postérieure et de préciser pour ces cas la voie d'abord neuro-chirurgicale.

Grâce aux techniques exposées, les auteurs ont aussi pu mettre en évidence les voies de drainage principales ou accessoires du cerveau ainsi que des mécanismes compensateurs entre les différentes voies d'écoulement veineux. Ils soulignent en terminant l'intérêt de ces recherches dans l'étude pathogénique de la stase papillaire et de l'œdème cérébral.

R. C.

Manométrie intra-cranienne continue. Intérêt physio-pathologique et clinique de la méthode, par J. Guillaume et P. Janny (de Paris). (*La Presse médicale*, 4 juillet 1951).

La pression intracranienne, dont les perturbations sont si souvent invoquées en pathologie nerveuse, a surtout, jusqu'à maintenant, été étudiée par des mesures isolées qui n'ont pas permis d'acquérir des données valables relatives à ses variations évolutives. Les auteurs ont voulu mettre au point

une technique précise d'enregistrement continu de la pression intracranienne, facilement utilisable en pratique courante. Les tracés obtenus chez les sujets normaux mettent en évidence l'identité de valeur entre la pression du liquide céphalo-rachidien et la pression veineuse encéphalique. Quelques expériences montrent le rôle prépondérant joué de ce fait par le réseau des veines centrales dans le maintien à un niveau remarquablement fixe de la pression intracranienne.

Les rapports de la pression intracranienne avec la tension artérielle sont beaucoup moins étroits, sauf en ce qui concerne la pression de l'artère centrale de la rétine.

En pathologie, le caractère le plus frappant des courbes est leur allure accidentelle : on ne peut définir qu'un régime tensionnel, et non une valeur unique de la pression à un instant donné, qui n'aurait aucune signification. Les auteurs examinent les rapports entre les données manométriques et les signes cliniques. Ils montrent l'absence fréquente de leur parallélisme, expliquent, sur le plan physio-pathologique, le mécanisme de leur éventuelle dissociation.

L. R.

Sur la possibilité de découvrir la chorée d'Huntington par l'examen électroencéphalographique, par B. Harwald. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 4, octobre 1951, p. 295).

Il s'agit d'un essai de recherches sur les possibilités de démontrer la présence d'un gène morbide parmi les descendants de sujets atteints de chorée de Huntington avant les manifestations cliniques. 25 descendants ont fait l'objet d'examens électro-encéphalographiques. Chez deux sujets, l'électro-encéphalographie décela les premiers signes de la maladie ; les tracés présentaient un rythme rapide de bas voltage. Les 23 autres ne manifestaient aucun symptôme clinique. Chez 16 d'entre eux, les tracés étaient normaux, avec un rythme alpha de 8-12 c./s. Chez un sujet, le tracé fut caractérisé par un rythme rapide de bas voltage. Chez un autre, le tracé était anormal. Chez 5 sujets, les tracés ne présentaient que des anomalies de signification douteuse. Chez 16, les tracés étaient normaux. L'auteur conclut que cette méthode ne permet pas d'affirmer la possibilité de démontrer la présence d'un gène morbide chez les descendants des malades atteints de chorée de Huntington.

L. Marchand.

Méningite à pneumocoques après encéphalographie gazeuse, par J. Chaptal, D. Brunel, R. Jean et G. Carli. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 6 juillet 1951).

Chez un enfant de 2 ans 1/2, atteint de crises épileptiformes, encéphalographie gazeuse suivie de l'installation, après un délai de 48 heures, d'une méningite purulente à pneumocoques. Guérison par traitement antibiotique correctement appliqué. Les auteurs concluent que la rareté d'accidents semblables antérieurement signalés permet de maintenir les indications de cette exploration, généralement bénigne et d'importance capitale. Ils soulignent

le rôle favorisant et localisateur du traumatisme méningé, à l'occasion d'une bactériémie accidentelle ou d'une infection rhino-pharyngée directement propagée à travers la lame criblée, à l'occasion d'une variation de la tension intra-cranienne.

L. R.

Electro-encéphalogramme dans les méningites tuberculeuses, par Ch. Mattei, H. Gastaut, H. Payan, Balozet et Choux. (*Bull. de la Société de médecine de Marseille*, séance du 12 juin 1951).

Des faits cliniques anatomiques et électro-encéphalographiques montrent que, dans les méningites tuberculeuses, apparemment guéries cliniquement, la disparition même prolongée des signes liquidiens est un critère insuffisant de guérison.

Il faut attribuer plus de valeur à la disparition persistante des habituelles anomalies électro-encéphalographiques. Elles furent caractérisées, chez 20 malades observés, par une hypersynchronie lente, symétrique le plus souvent, parfois asymétrique ou focalisée, en rapport avec l'altération des structures qui, dans le méso-diencéphale, règlent à distance l'électrogénèse corticale. Pachyméningite de la base, épendymite ventriculaire expliquent ces altérations.

Au cours des miliaires aiguës sans signes méningés, ces mêmes perturbations électro-encéphalographiques décèlent une éventuelle atteinte méningée, bien avant ses manifestations cliniques ou liquidiennes.

Dans tous les cas, concluent les auteurs, l'électro-encéphalographie doit être un moyen régulier d'exploration.

L. R.

La mort par souffrance végétative dans la tuberculose méningée, par M. Janbon, L. Bertrand et J. Salvaing (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 23 mai 1951).

Souvent évoqué, le mécanisme de la mort dans la tuberculose méningée est longtemps demeuré incertain. Or, la souffrance des centres végétatifs qui, au cours de la tuberculose méningée traitée, a des *expressions cliniques variées*, s'observe électivement à la phase terminale de la maladie. D'installation parfois progressive, elle peut se manifester inopinément chez des sujets très améliorés, voire apparemment guéris ; la mort subite même est possible.

La souffrance mécanique des centres du tronc cérébral, qui peut survenir même lorsque les lésions de la base sont cicatricielles, est susceptible d'être enrayée. Son évolution, rarement brutale car il s'agit habituellement d'engagements chroniques, laisse le temps d'intervenir. Qu'il y ait ou non une méningo-diencéphalite associée, il est permis d'envisager une action neurochirurgicale directe sur l'arachnoïdite de la fosse postérieure responsable de compression. Peut-être, un tel traitement, précocement institué, arriverait-il à éviter un certain nombre de morts tardives, qui ne trouvent pas leur explication dans une altération lésionnelle des centres vitaux.

L. R.

Tétanie et tuberculose méningée, par M. Janbon, L. Bertrand et J. Salvaing (de Montpellier). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 octobre 1951).

Exemple caractéristique de tétanie neurogène contribuant à l'étude du problème de la localisation de centre tétanigène dans le diencéphale. Dans les deux observations présentées, le rôle neurotoxique de la streptomycine a pu être écarté.

L. R.

Méningite purulente aiguë à « Nesseria flava » d'evolution mortelle, par P. Hillemand, R. Viguié, Y. Chaouat et G. Chapuis. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 avril 1951).

Observation d'une méningite purulente à *Nesseria flava*. Les auteurs insistent sur la gravité des méningites dues à ce paraméningocoque et sur les antibiotiques à employer.

L. R.

Hypotension céphalo-rachidienne consécutive à une insolation, par Sorel, H. Anduze, Fourcroy et Bouissou. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 5 mars 1951).

Relation d'un syndrome polymorphe survenu chez un enfant de 10 ans après insolation : état méningé très grave avec coma, lié à l'hypotension rachidienne avec collapsus cérébral, première guérison par « regonflage » du cerveau, puis rechute, cette fois avec hypertension intracranienne, et guérison définitive après ponction évacuatrice.

L. R.

Troubles d'ordre oculostatique post-traumatiques ne survenant qu'au cours de certains spectacles cinématographiques, par J. Sedan. (*Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est*, séance du 24 février 1951).

A la suite d'un violent trauma cranien sans séquelle neurologique durable, mais avec courte perte de connaissance, inégalité pupillaire et diplopie passagère, un homme de 57 ans a présenté pendant un an des vertiges assez violents avec entraînement latéral gauche, exclusivement pendant certains spectacles cinématographiques, tels que scènes de parachutage, course de lévriers ou de chevaux, sauts à skis, etc., comportant des images rapides et répétées de mouvements orientés dans un seul sens.

L'examen a pu être pratiqué pendant le vertige même, à proximité immédiate de la salle de spectacle et il ne révéla aucun nystagmus ni aucune atteinte appréciable de l'indication. Le sujet était par contre indifférent à tout spectacle de vitesse analogue contemplé à l'extérieur ou en film en couleurs.

Ce vertige cinématographique disparut au bout de six mois. L'auteur l'apparente au nystagmus optocinétique sans nystagmus, souligne l'importance de l'excitabilité exclusive en salle obscure avec spectacle noir et blanc et rappelle que Goudrewitch, de Moscou, avait déjà incriminé le rôle déclenchant de l'image cinématographique.

L. R.

Amputation immédiate et définitive du champ visuel inférieur après traumatisme sourcilier homolatéral, par J. Euzière, P. Pagès, R. Cazaban et Mlle Alram. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* séance du 26 janvier 1951).

Observation d'amputation immédiate et définitive du champ visuel inférieur après traumatisme sourcilier homolatéral — installation secondaire d'une atrophie optique avec conservation de l'hémichamp visuel supérieur. Ce cas se différencie des cas d'hémianopsies inférieures après contusion du sourcil par la persistance de la lésion sensorielle, à l'opposé des cas de Sedan et de Kint, où il y avait eu récupération absolue. Les auteurs discutent l'indication chirurgicale dans des cas analogues.

L. R.

L'atteinte partielle du nerf optique dans les lésions cranio-orbito-canaliculaires très importantes, par J. Euzière, P. Pagès et R. Cazaban. (*Bull. de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* séance du 26 janvier 1951).

Dans l'observation rapportée, l'atteinte partielle du nerf optique s'oppose à l'importance clinique et radiologique de la lésion osseuse, en particulier au niveau du dépli canaliculaire. Il s'agit là d'une éventualité rare, récemment étudiée, due à un simple tiraillement, à un hématome des gaines, à une arachnoïdite opto-chiasmatique post-traumatique. Plus souvent, dans des cas analogues, l'atteinte du nerf est totale.

L. R.

Irido-cyclite bilatérale et algies craniennes, par G. Offret et Forest. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris,* séance du 21 avril 1951).

Malade qui, au cours d'une irido-cyclite bilatérale, présentait des crises d'hémicranie droite qui persistèrent après l'amélioration puis la guérison de la maladie oculaire. L'artériographie carotidienne montra un spasme permanent du système carotidien, qui ne céda qu'à l'injection intra-carotidienne de nicyl : l'hémicranie par crises disparut.

L. R.

Etude critique des migraines allergiques, par Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et J. Barbizet (de Paris) (*La Presse médicale,* 7 novembre 1951).

Le diagnostic de migraine allergique se fera par l'interrogatoire, les signes biologiques (cuti-réaction ou intradermo-réaction, crise hémoclasique) et la reproduction de la crise sous l'influence de la cause présumée. Les auteurs montrent combien il est difficile de prouver qu'une migraine est allergique. La certitude ne peut être donnée que par une réaction cutanée positive allant de pair avec l'épreuve clinique, mais les réactions cutanées ne sont que rarement positives. Les résultats favorables de la thérapeutique dite anti-allergique demandent eux-mêmes à être interprétés.

L. R.

Syndrome de vaso-dilatation hémicéphalique ou céphalée histaminique, par Pasteur Vallery-Radot, René Wolfromm et J. Barbizet (de Paris). (*La Presse médicale*, 28 avril 1951).

Certains cliniciens américains, en particulier Horton, ont beaucoup insisté depuis quelques années sur un syndrome qu'ils appellent « céphalée histaminique », syndrome caractérisé par une céphalée unilatérale, accompagnée de rougeur de la face, de larmoiement et de rhinorrhée du même côté.

Les auteurs, considérant la théorie histaminique du syndrome comme fort discutable, rappellent que ce syndrome a été décrit, dès 1928, par Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier, sous le nom de « syndrome de vaso-dilatation hémicéphalique ». Ils en discutent l'individualité, l'origine et le traitement.

R. C.

Syncinésies d'imitation, par B. Bornstein. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 2).

Description d'un cas rare de syncinésies d'imitation à mouvements normaux de l'extrémité symétrique chez un enfant. Discussion étiologique prenant en considération le développement de la motricité neuro-musculaire dès la vie fœtale et concluant à un trouble probable dans l'harmonie de ce développement.

H. Bersot.

Aphasie acquise et athétose à tendances régressives, par Léon Michaux, Mlle Teyssère et M. Fandre. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 10 juillet 1951).

Présentation d'une fillette de 3 ans, atteinte d'une telle aphasie avec athétose.

L. R.

Toxoplasmose congénitale du nouveau-né. Observation anatomo-clinique, par R. Debré, I. Bertrand, E. Bargeton et P. Mozziconacci. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 avril 1951).

Observation d'un nouveau-né porteur d'une hydrocéphalie avec microphtalmie, décédé à l'âge de 16 jours, chez lequel avaient été mises en évidence une choriorétinite et des calcifications intracraniennes. Réaction de neutralisation positive chez la mère et chez l'enfant. Examen histologique du système nerveux montrant l'existence de calcifications, de zones de nécroses et de granulomes. Présence de toxoplasmes isolés et de kystes toxoplasmiques.

R. C.

Un cas de toxoplasmose du nouveau-né : isolement du parasite et étude anatomo-histologique, par Marcel Lelong, Le Tan Vinh, M. Desmonts et Mme L. Dupré-Bouteloup. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 avril 1951).

Les auteurs rapportent un cas de toxoplasmose observé chez un nouveau-né de la région parisienne. A la naissance, l'enfant présentait une hydrocéphalie légère. Il est mort au 16e jour dans un tableau de torpeur et de

dénutrition progressive, sans convulsions. A la ponction lombaire, liquide xanthochromique, fortement albumineux.

L'autopsie montre les lésions typiques de l'encéphalomyélite toxoplasmique avec hydrocéphalie et foyers de nécrose diffus ou nodulaires. Le toxoplasme est mis en évidence sur les frottis encéphaliques et dans les coupes histologiques du cerveau, de la moelle, de la rétine et du cœur. L'inoculation des lésions à la souris est positive, et le toxoplasme, isolé, est réinoculé en série et conservé au laboratoire. Cette souche ne diffère en rien des souches étrangères déjà étudiées.

La mère de l'enfant a toutes les apparences d'une santé normale ; elle n'a ni calcifications intracérébrales, ni choriorétinite. L'épreuve du Dye-test de Sabin et Feldman, pratiquée sur son sérum, est positive à 1 p. 1.600.

L. R.

Coma mortel avec hyperglycémie, glycosurie et acétonurie par hémorragie du tronc cérébral due à des malformations téléangiectasiques du rhombencéphale, par L. Binet, I. Bertrand, H. Bour, Mme E. Bargeton et M. P. Dejours (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 avril 1951).

Observation d'une jeune fille qui présenta un coma brutal avec hyperglycémie, glycosurie, acétonurie sans modification de la réserve alcaline, et chez laquelle l'étude anatomique montra l'existence d'une hémorragie diffuse intéressant le tronc cérébral et le diencéphale, due à la rupture de téléangiectasies du rhombencéphale.

R. C.

Les encéphalites comateuses, par L. Rimbaud, P. Passouant et G. Valiat (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 5 mai 1951).

L'encéphalite comateuse se traduit par un coma fébrile associé à des crises convulsives localisées ou généralisées, et très souvent à un syndrome pyramidal déficitaire du type hémiplégique. Ce syndrome, dramatique à son début, évolue en général vers la guérison sans séquelles, mais peut parfois être mortel. Des rechutes ayant la même expression clinique sont possibles.

L'encéphalite comateuse correspond à une localisation méso-diencéphalique d'un processus dont l'origine est incertaine, mais dont la nature allergique paraît probable.

L. R.

Les encéphalopathies réactionnelles d'origine oto-mastoïdienne, par J.-A. Chavany et D. Hagenmuller (de Paris). (*La Presse médicale*, 28 avril 1951).

Les auteurs étudient une complication relativement fréquente des oto-mastoïdites se traduisant par des réactions cérébrales aseptiques, susceptibles de simuler la tumeur ou l'abcès du cerveau. C'est l'œdème cérébral qui est à la base de tels accidents. Cet œdème est conditionné par un influx vaso-dilatateur d'origine para-sympathique. Envisageant le problème sous l'angle physiologique et non point anatomo-pathologique, les auteurs propo-

sent le traitement du trouble circulatoire et tissulaire cérébral par la section des nerfs pétreux qui représentent la voie de cheminement la mieux connue des influx du para-sympathique cranien.

L. R.

Spasme de torsion post-encéphalitique, action d'un anti-parkinsonien de synthèse (diéthylamine 2-éthyl-N-dibenzo parathiasine, 2987 RP), par F. Mollet. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 25 mai 1951).

Malade de 16 ans sans antécédents familiaux ou héréditaires. Développement moteur et intellectuel normal jusqu'à 5 ans. Vers cet âge, troubles de la marche et de l'élocution. Vers 7 ans, mutisme mais intelligence normale, pas de troubles moteurs. A partir de 8 ans, mouvements choréiques persistants jusqu'à 15 ans et faisant place à de grands spasmes de torsion presque subintrants et douloureux, alitement constant.

Le 2987 R.P., à la dose de 1,75 à 2 gr., bien supportée, donne une amélioration nette : lever possible avec quelques pas et occupation manuelle légère. Persistance de quelques accès hypertoniques faibles et rares sans enroulement et du mutisme. Psychisme normal. Le 3356 R.P. n'a eu aucune action.

L. R.

Sur un syndrome de rigidité à prédominance axiale, avec perturbation des automatismes oculo-palpébraux d'origine encéphalitique, par J.-A. Chavany, Ludo van Bogaert et St. Godlewski (de Paris). (*La Presse médicale*, 4 juillet 1951).

Le diagnostic clinique entre une paralysie agitante sans tremblement et une séquelle purement rigide post-encéphalitique peut être impossible. Dans les cas rapportés ici, où la rigidité est à prédominance axiale, les paralysies de fonction des mouvements conjugués des yeux (syndrome de Parinaud) et de la musculature du pharynx et du larynx plaident dans le sens du second diagnostic ainsi que la rapidité de l'évolution et le fait que la femme du malade présentait un grand syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

L'extension diffuse des lésions à toute la partie caudale de la substance noire, aux formations pigmentaires du tronc cérébral, à la substance innominée, est conforme aux examens d'encéphalite léthargique chronique. La présence de lésions neuro-fibrillaires d'Alzheimer et d'inclusions argentaffines est un second argument en faveur de cette étiologie. L'étude histopathologique indique cependant que, dans ce cas comme dans d'autres, des lésions importantes peuvent se voir au niveau des noyaux gris centraux et des noyaux intracérébelleux.

L'analogie de ces lésions avec les processus atrophiants séniles est frappante.

L. R.

Hydromes intra-craniens chroniques. (A propos de deux cas vérifiés chirurgicalement), par D. Petit-Dutaillis, J.-A. Chavany et J.-P. Caron (de Paris). (*La Presse médicale*, 23 mai 1951).

Les auteurs rapportent les observations de deux enfants atteints de kystes séreux (hydromes), l'un sous-dural, l'autre sous-arachnoïdien. Le premier

cas, qui s'est présenté comme une tumeur cérébrale, rentre dans le cadre classique de l'affection décrite par Dandy (kyste géant de la convexité) ; le diagnostic fut fait par la ventriculographie qui injecta le kyste. Dans le second cas, plus atypique, consécutif à un trauma de la prime enfance, le kyste comblait toute la vallée sylvienne, écartant l'un de l'autre le lobe temporal et le lobe frontal. Ce second cas s'est présenté comme une *tumeur osseuse du crâne* (cholestéatome) et le diagnostic exact ne fut porté qu'à l'intervention. Il s'agit là d'une maladie éminemment neuro-chirurgicale.

L. R.

Cranio-pharyngiome avec infantilisme et crises d'hypoglycémie spontanée, par P. Hillemand, H. Mamou, R. Viguié, R. Bocquin et P. Massias. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 novembre 1951).

Observation d'un cranio-pharyngiome ancien calcifié, remarquable par la lenteur de son évolution, la netteté quasi-expérimentale du déficit antéhypophysaire, l'apparition au cours de l'évolution de crises d'hypoglycémie spontanée dont la pathogénie est difficile à préciser. Deux ordres de faits peuvent être invoqués : le déficit en hormone diabétogène, d'une part, en corticostimuline, d'autre part, lui-même responsable d'une carence en hormone protéino-glucidique.

L. R.

Thrombophlébites cérébrales et neuro-chirurgicales, par L. Christophe (de Liége). (*La Presse médicale*, 19 septembre 1951).

L'auteur rapporte huit observations de thrombophlébites cérébrales. Il estime que le diagnostic de cette affection peut et doit être posé en présence de crises fréquentes et subintrantes d'épilepsie apparues brutalement chez un malade qui, dans ses antécédents récents, avait présenté une infection faciale, amygdalienne ou même puerpérale.

Le traitement médical (anticoagulants et antibiotiques) amène souvent la guérison de la plupart des thrombophlébites cérébrales. Cependant, la possibilité de complications tardives (abcès surtout) rend indispensable la surveillance méticuleuse et prolongée de ces malades par les ventriculographies et les artériographies répétées.

Après une guérison spectaculaire, le malade trouve souvent inutile de se soumettre à de tels examens. Les observations de l'auteur, faites avec l'aide de son assistant Thiry, lui permettent d'affirmer que l'électro-encéphalographie fréquemment répétée, méthode de contrôle de choix, permet d'affirmer et de localiser l'abcédation avec une grande précision et guide ainsi l'acte neuro-chirurgical. L'électro-encéphalographie permet aussi de prévoir les possibilités d'épilepsie résiduelle après évacuation et guérison de l'abcès cérébral.

L. R.

Amblyopie de position et paralysie bilatérale du III dans une tumeur du 3e ventricule, par J. Euzière, P. Pagès, Cl. Cros, R. Cazaban et J. Minvielle. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 mai 1951).

Observation de tumeur du troisième ventricule caractérisée par un syndrome d'hypertension intracranienne avec, au début, des troubles visuels, amblyo-

pie de position, aboutissant en un mois et demi à la cécité complète avec des paralysies oculaires qui se sont complétées progressivement, mais restèrent variables. La ventriculographie a montré la présence, entre les deux ventricules latéraux, d'une néoformation très importante comblant le III[e] ventricule, pour laquelle a été réalisé un drainage ventriculo-sylvien.

L. R.

Remarques sur 10 cas de tumeurs bulbo-pédonculo-protubérantielles de l'enfance, par S. Thieffry, M.-R. Klein, M[mes] Lepintre et Martin et E. Wolinetz. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 23 octobre 1951).

Dix cas recueillis en un an attirent l'attention sur la fréquence de ces tumeurs et les difficultés soulevées par leur diagnostic. Les auteurs divisent leurs cas en deux séries. Dans la première, ils rangent cinq observations où le diagnostic de tumeur ne faisait aucun doute en raison de l'existence d'une hypertension intracranienne, mais où les signes de localisation furent souvent trompeurs. Dans la deuxième, ils présentent cinq autres cas où manquaient totalement les signes d'hypertension intracranienne et où, de ce fait, les diagnostics d'encéphalite, de paralysie post-diphtérique, etc., ont tout d'abord, été posés.

La certitude diagnostique est fournie par la constatation d'une image spéciale à la ventriculographie ou l'encéphalographie (refoulement en arrière du IV[e] ventricule soulevé, mais non bloqué par la tumeur). Cette image n'est pas toujours évidente et on doit la rechercher en mettant l'enfant dans une position spéciale, tête hyperfléchie en avant. On obtient alors des schémas, dont les auteurs montrent quelques exemples.

L. R.

Tumeur maligne de la moelle cervicale. Récidive « in situ » avec prolongement dans le cou par le trou de conjugaison (tumeur en sablier), par J. Dereux, G. Desorgher J. Ernst et J. Catoir. (*Bull. de la Société médicale et anatomo-clinique de Lille*, séance du 18 mai 1951).

Malade âgée de 51 ans, ayant présenté en novembre 1948 une boiterie droite avec paresthésies. Progressivement, s'est constituée une quadriplégie. Après lipiodol, intervention et ablation d'une tumeur médullaire implantée sur la dure-mère en C 5 : la malade récupère ses mouvements. Récidive un an plus tard. La réintervention permet de découvrir un prolongement de la première tumeur à travers le trou de conjugaison. Intervention en deux temps. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un neurinome malin. Les auteurs rappellent les techniques d'intervention.

L. R.

Les manifestations oculaires du syndrome sympathique cervical postérieur. A propos de 3 cas, par Ch. Dejean et Ch. Boudet. (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 février 1951).

Trois cas de syndrome sympathique cervical postérieur à manifestation oculaire dominante : une kératite récidivante, un glaucome chronique et

un rétrécissement concentrique des deux champs visuels, cette dernière manifestation non encore décrite.

L. R.

Paraplégie spasmodique familiale de Strumpell-Lorrain, par L. Michaux, Mlle Teysseyre et M. Fandre. (*Bull. de la Société de pédiatrie,* séance du 16 octobre 1951).

Fillette de 14 ans atteinte d'une paraplégie spasmodique de ce type avec coexistence de débilité intellectuelle. La même affection existait chez le père et chez la grand'mère paternelle, tous deux décédés de cancer gastrique. Deux oncles paternels ont été opérés d'un ulcus gastrique. M. L. van Bogaert a signalé semblable coexistence, dont on ne peut tirer actuellement aucune conclusion pathogénique.

L. R.

La ponction lombaire dans la sclérose en plaques, par F. Lotmar. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie,* vol. 66, 1/2, 1950).

Revue chronologique des données de la littérature concernant l'albumine totale dans le liquide céphalo-rachidien de la sclérose en plaques. Ce taux est normal ou très peu augmenté, à de rarissimes exceptions près, qui n'ont d'ailleurs pas été l'objet d'un contrôle anatomo-pathologique. Longue discussion et prise de position concernant la plus importante : le cas Leipald. Description détaillée et diagnostic différentiel du seul cas qui ait été jusqu'à maintenant autopsié et vérifié microscopiquement ; le taux d'albumine totale y atteint huit fois la valeur normale maximale de 35 mgr. % et avait fait poser le diagnostic clinique de tumeur cérébrale. Un taux très élevé d'albumine totale ne permet donc pas à lui seul un diagnostic différentiel entre tumeur cérébrale et sclérose en plaques, même dans les cas où les symptômes cérébraux comme les céphalées sont très accusés.

H. Bersot.

Les réflexes abdominaux, par le professeur G.-H. Monrad-Krohn (d'Oslo). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie,* vol. 66, 1/2, 1950).

Description minutieuse des réflexes abdominaux normaux, de leur fréquence, de leurs variations suivant l'âge, de leur physiologie, de leur pathologie dans diverses maladies nerveuses, spinales ou cérébrales. Les réflexes abdominaux qualitativement pathologiques ont un caractère d'automatisme spinal ; ils sont utiles pour déterminer le niveau inférieur d'une lésion spinale.

H. Bersot.

Paralysies de la leptospirose ictérigène, par J. Planques et Saisset. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse,* séance du 5 mars 1951).

Chez un homme de 23 ans, au 20e jour d'une leptospirose ictérigène affirmée par le séro-diagnostic, apparition d'une paralysie du deltoïde gauche et

des rotateurs du membre supérieur gauche, rapidement amyotrophiques, plus tard paralysie de la corde vocale gauche et de l'hémidiaphragme gauche. Guérison totale au bout de 6 mois.

L. R.

Un syndrome de paralysie radiale avec ictère et ses rapports avec l'intoxication saturnine, par C. Jiménez Diaz, V. Gilsanz, J.-M. Linazasoro et Cl. Tamames. (*La Presse médicale*, 29 septembre 1951).

Syndrome formé de coliques abdominales, fréquemment ictère, paralysie des extrémités supérieures, d'apparition brusque, dû à l'intoxication par le plomb, chez des personnes qui travaillent dans des bars, cafés ou tavernes, ou les fréquentent. Des recherches faites dans ces établissements permirent de découvrir que l'intoxication avait lieu par l'eau carbonique (eau de Seltz), qui contient des chiffres élevés de plomb. Les auteurs font ressortir l'intérêt clinique, la pathogénie et la valeur de ces observations pour la prophylaxie.

L. R.

Atrophie musculaire névritique et névrite hypertrophique progressive, par Boris Luban. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 1).

Description des deux maladies ; données de la littérature ; leurs grandes analogies ; leurs points communs cliniques et anatomo-pathologiques avec la maladie de Friedreich et avec la neurofibromatose de Recklinghausen. Cette similitude éveille l'idée d'une pathogénie commune. Classification de Biémond. Diagnostic différentiel. Description détaillée avec nombreux clichés d'un cas de névrite hypertrophique avec symptomatologie de l'atrophie musculaire névritique. Etude généalogique de cette souche bernoise. Hérédité de caractère dominant irrégulier pouvant donner lieu à des formes frustes ou latentes.

H. Bersot.

La polynévrite, par G.-H. Monrad-Krohn (d'Oslo). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

Longue description des diverses étiologies de la polynévrite avec quelques considérations d'ordre anatomo-pathologique et pathogénique. Symptomatologie en général, et de quelques formes particulières, de la lèpre notamment. Double multiplicité des causes et des conséquences. Diagnostic différentiel, pronostic. Les principes généraux à suivre dans le traitement sont les mêmes que dans la poliomyélite.

H. Bersot.

ANATOMIE

La dégénérescence terminale dans le système nerveux central et sa représentation par l'imprégnation argentophile, par W.-J.-H. Nauta. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

Nauta expose ce que vaut pour les recherches anatomiques cérébrales l'étude de la dégénérescence terminale. Elle complète précieusement la

méthode de Marchi là où la gaine de myéline est absente ou insuffisante. Description des sources d'erreur principales. Exposé technique, en particulier de la méthode d'imprégnation argentophile de Bielschowsky.

H. Bersot.

Anatomie normale et pathologique comparée du système extrapyramidal, par E. Frey. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

C'est un des problèmes d'anatomie normale et pathologique les plus difficiles et les plus controversés. M. E. Frey, après quelques considérations d'ordre phylogénétique, expose longuement les données d'anatomie normale d'après la littérature.

H. Bersot.

Un cas de kyste géant de la partie postérieure de l'hémisphère cérébral droit, par Thomas Szabo. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 1, 1951).

Ce kyste intéresse les lobes occipital, pariétal et temporal. Anamnèse et *status* actuel ; description macro et microscopique. Discussion pathogénique : lésion obstétricale probablement. Explication de la compensation anatomique et physiologique avancée, bien que le faisceau pyramidal droit soit réduit de plus de 50 %. Ce cas permet enfin quelques précisions sur les connexions thalamo-corticales.

H. Bersot.

Les relations entre le ventricule moyen et les ventricules latéraux. Le carrefour ventriculaire préthalamique, par H. Billet. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 30 octobre 1951).

M. H. Billet montre que les communications entre le III[e] ventricule et les ventricules latéraux se font par deux canaux étroits et longs de 1 cm. qui débouchent vis-à-vis l'un de l'autre dans la partie antéro-supérieure du ventricule médian, face à l'organe épendymaire subfornical ; un important carrefour épendymaire préthalamique se trouve ainsi constitué. Cette disposition est favorable au brassage du liquide et des particules (colloïde hypophysaire, substances gliocytaires, neuro-sécrétions) qu'il véhicule ; elle explique les obstructions et occlusions inflammatoires ou tumorales des canaux et permet d'envisager des possibilités opératoires.

L. R.

Nouvelles recherches anatomiques et expérimentales sur le centre optique de l'hypothalamus, par E. Frey. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

L'auteur expose d'abord brièvement les critiques formulées ces dernières années sur ses premières expériences de 1935 à 1941. Il les réfute ensuite

en énonçant les résultats de ses nouvelles recherches avec de nombreux clichés microscopiques à l'appui. Ils confirment définitivement, selon lui, l'existence d'une racine et d'un centre optiques hypothalamiques.

H. Bersot.

Trois cas de syndrome rare de la partie inférieure du bulbe (hémiplégie croisée), par R. Brun. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 2).

Description détaillée de deux cas du syndrome extrêmement rare d'hémiplégie ou hémiparésie croisée et d'un cas de syndrome de Jackson-Schmidt-Avelli. Les deux premiers cas permettent à l'auteur d'apporter une contribution à la question encore controversée du trajet des fibres nerveuses dans la décussation des pyramides et dans l'entrecroisement sensitif. Un schéma figurant une coupe oblique très représentative illustre ces hypothèses.

H. Bersot.

Sur l'existence possible dans la poliomyélite antérieure aiguë d'un processus cordonal démyélinisant et sur son éventuelle signification, par P. Mollaret, I. Bertrand et Mme H. Mollaret (de Paris). (*La Presse médicale*, 24 octobre 1951).

A propos d'un cas personnel, les auteurs attirent l'attention sur l'éventualité, dans la poliomyélite antérieure aiguë, d'un processus démyélinisant frappant les cordons médullaires. Les lésions dégénératives ainsi déterminées sont généralement centrées par des vaisseaux et rappellent les aspects observés dans les leuco-encéphalites des maladies éruptives (6 fig.).

Ces lésions, exceptionnelles, semblent dues à l'extension du processus toxi-infectieux ; néanmoins, ajoutent les auteurs, le rôle adjuvant du poumon d'acier ne peut être éliminé d'emblée.

R. C.

Etudes histologiques et chimiques sur le disque intervertébral, par J. Lacapère, H. Drieux et G. Delaville (de Paris). (*La Presse médicale*, 24 octobre 1951).

Les modifications des disques intervertébraux observées au cours du « vieillissement » ou de circonstances pathologiques diverses s'accompagnent de changements dans l'histologie et la chimie du nucleus et des anneaux lamelleux (7 figures).

Etudiant l'action de l'hyaluronidase, les auteurs montrent les modifications que l'enzyme provoque sur la constitution histologique du disque et sur la dépolymérisation de l'acide hyaluronique contenu dans le nucleus.

Le taux des sucres protidiques contenus dans le disque varie avec l'âge du sujet en sens inverse de l'hydratation des disques, sans qu'il y ait proportionnalité entre ces deux phénomènes.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Corrélations endocrino-psychiatriques, par A. Crémieux. (*Bull. de la Société de médecine de Marseille*, séance du 16 mai 1951).

Parmi les chapitres de la médecine synthétique actuelle, à la fois somato-psychique et psycho-somatique, les corrélations endocrino-psychiatriques occupent une place de choix. Il y a, chez un certain nombre de malades, coexistence de troubles psychiques et de symptômes de dysfonction endocrinienne. Cette association peut être considérée sous un aspect double : 1° l'aspect endocrino-psychiatrique, basé sur deux sortes d'arguments : troubles du psychisme au cours des atteintes (expérimentales ou cliniques) de chaque glande en particulier, constatation de troubles endocriniens au cours des syndromes psychiques ; 2° l'aspect psycho-endocrinologique : les atteintes endocriniennes, par l'intermédiaire du diencéphale, sont l'aboutissement de troubles de l'affectivité (l'action « psychique-organique » emprunte le mécanisme de l'émotion). S'il y a des limites à l'interprétation « endocrino-psychiatrique », il y a des limites aussi à l'interprétation « psycho-endocrinologique ». Par quelques exemples concrets, l'auteur rappelle qu'il faut se garder de toute théorie unilatérale, de toute causalité monolithique (analytique ou autre) et que, suivant l'expression de Charles Baudoin, « aucune théorie ne saurait nous dispenser de la méditation concrète et de la confrontation assidue ».

L. R.

Myxœdème congénital chez un homme de 27 ans, par G. Heuyer, S. Lebovici, H. Wassef et H. Danon-Boileau. (*Bull. de la Société de pédiatrie* séance du 17 avril 1951).

Les auteurs présentent un grand myxœdémateux âgé de 27 ans, n'ayant jamais été traité, sauf momentanément par la thyroxine, et évoquant de manière typique le pacha de Bicêtre. Les cartilages de conjugaison ne sont pas soudés. Le niveau de développement psychomoteur est inférieur à un an. L'encéphalographie gazeuse montre une importante atrophie corticale. Etiologie discutée. Sous l'action d'un traitement prudent par l'extrait thyroïdien, une amélioration se dessine.

L. R.

Myxœdème du nourrisson avec hypertrophie musculaire généralisée, syndrome de Debré-Semelaigne ; coexistence de lésions cérébrales démontrées par l'encéphalographie gazeuse, par J. Chaptal, D. Brunel, J. Mirouze et Mlle L. Cavalier (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 15 décembre 1950).

Les auteurs ont vu un nourrisson, indemne à 6 mois de tout signe d'insuffisance thyroïdienne, présenter à 19 mois un myxœdème grave, accompagné d'hypertrophie musculaire généralisée, sans réaction myotonique, ni lésion histologique des fibres. La pneumo-encéphalographie révèle une atro-

phie cérébrale importante, et l'on constate une hypercytose à 72 éléments du liquide ventriculaire. Le traitement opothérapique a fait rétrocéder complètement les troubles musculaires et amélioré parallèlement les autres manifestations. Cette observation confirme le rôle de l'insuffisance thyroïdienne dans le déterminisme de l'hypertrophie musculaire ; elle permet de plus de suspecter l'origine cérébrale de ce myxœdème, apparu tardivement chez un nourrisson soumis d'emblée à l'allaitement artificiel.

L. R.

Tumeur de la voûte cranienne, métastase d'un cancer latent du corps thyroïde, par J. Géraud, J.-P. Lacapère et J. Espagno. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse,* séance du 5 mars 1951).

Observation d'une malade présentant une tumeur de la voûte cranienne, dont la preuve de la malignité a été faite par artériographie. L'enquête radiologique permit de découvrir de nombreuses métastases viscérales et osseuses, dues à un cancer du corps thyroïde, absolument latent cliniquement, et dont le diagnostic n'a pu être fait que par l'examen histologique.

L. R.

L'exophtalmie basedowienne unilatérale, par J. Lederer et L. Hambresin. (*Bull. de la Société d'endocrinologie,* séance du 25 janvier 1951).

Dans certains cas rares de maladie de Basedow, l'exophtalmie ne frappe qu'un œil. Dans trois cas observés de maladie de Basedow avec exophtalmie unilatérale, l'exophtalmométrie décelait une inégalité importante de la protrusion du globe oculaire. L'élément dominant était l'œdème du tissu orbitaire, mais dans deux cas il y avait des signes de spasme du muscle releveur de la paupière supérieure. Dans un quatrième cas, l'hyperthyroïdie était apparue en même temps qu'une exophtalmie unilatérale à la suite d'une castration. La folliculine, en améliorant l'hyperthyroïdie, fit régresser la protrusion de l'œil exophtalmié. Un cinquième cas était dû à un spasme unilatéral du muscle releveur de la paupière supérieure, alors qu'il existait une protrusion légèrement exagérée des deux yeux.

R. C.

Exophtalmie maligne après traitement thyréoinhibiteur, par P. A. Basténié. (*Bull. de la Société d'endocrinologie,* séance du 26 novembre 1950, tenue à l'hôpital Saint-Pierre à Louvain).

Détails complémentaires concernant deux observations d'exophtalmie maligne survenus après traitement à l'aminothiazol et au thiouracil et publiés en 1946 (Bastenié et Tagnon). Deux nouveaux cas observés à la suite de traitement par le propylthiouracil sont décrits.

L'utilité d'extrait thyroïdien semble certaine, celle de la folliculine est possible ; par contre, le para-oxy-propiophénan n'a pas donné de résultats.

Au point de vue pathogénique, les incertitudes des hypothèses avancées actuellement sont soulignées.

R. C.

Aspects positifs et négatifs des troubles hypothalamiques, par B. Brouwer. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* vol. 13, n° 1, février 1950, p. 16).

L'auteur expose d'abord quatre observations anatomo-cliniques concernant les rapports des lésions de l'hypothalamus avec le diabète insipide. Dans un cas, l'examen *post-mortem* décèle une encéphalite de l'hypothalamus avec altération importante des noyaux supra-optiques ; dans les autres cas, il décèle un carcinome du corps pinéal, une dégénérescence des divers noyaux de l'hypothalamus, une tumeur de la neuro-hypophyse ; dans tous ces cas, les noyaux supra-optiques étaient lésés. L'auteur observa deux cas dans lesquels les noyaux étaient détruits et cependant les sujets n'avaient pas présenté de polyurie, ni de polydipsie. Si l'on a pu provoquer l'hyperglycémie et la glycosurie chez l'animal par piqûre de la région tubérienne, Brouwer n'a constaté ce syndrome que très rarement au cours des lésions chroniques de l'hypothalamus, et il est très septique sur le diabète sucré d'origine cérébrale sans lésions des îlots pancréatiques. L'adiposité et le syndrome de dystrophie adiposo-génitale de Babinski-Frölich furent observés dans plusieurs cas, dans lesquels l'examen anatomo-pathologique décela la dégénérescence dans plusieurs noyaux de l'hypothalamus, entre autres dans les noyaux dorso-médians, ventro-médians, ventro-latéraux de l'hypothalamus et dans la partie antérieure du noyau postérieur hypothalamique. L'auteur conclut que l'adiposité ou l'atrophie génitale sont déterminées par la dégénérescence de la substance grise qui entoure l'infundibulum. Quant à la puberté précoce, elle relève de lésions du *tuber cinereum*. Les lésions de l'hypothalamus peuvent aussi se traduire par des troubles vésicaux et intestinaux, par de l'hyperthermie, par du retard de la croissance. Le syndrome de Korsakoff a été observé dans des cas où les corps mamillaires et les régions voisines étaient altérés. Le mémoire se termine par la comparaison des résultats expérimentaux chez l'animal et ceux qu'apporte la clinique pathologique. Il résulte de cette étude qu'il n'est pas prouvé que les différents types de désordres du métabolisme soient dus à des lésions de centres distincts hypothalamiques. Huit microphotographies.

L. Marchand.

Acromégalie et traumatisme, par von Detler Ploog. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 2).

Etude des relations de causalité possibles entre traumatisme cérébral et acromégalie. Fragilité des conceptions généralement admises, basées sur les données presque toujours mal fondées de la littérature. Un cas décrit en détail par l'auteur démontre que cette maladie se développe pour l'essentiel indépendamment de toute influence extérieure, quelles que puissent être des coïncidences frappantes. Etiologie obscure et pathogénie variable et compliquée. Que l'acromégalie soit accompagnée d'un adénome ou non (il ne peut jamais être provoqué par un traumatisme), on ne peut admettre une influence du traumatisme que si le sujet — répondant aux trois conditions généralement admises — présente en outre peu après l'accident des symptômes de déficience hypophyso-diencéphaliques.

H. Bersot.

L'hyperfolliculinie alléguée, par A. Netter, R. Henry, A. Lambert et S. Troisier (de Paris). (*La Presse médicale*, séance du 23 juin 1951).

Le terme d'hyperfolliculinie a fait fortune, sans doute parce qu'il contient une explication. Le but de cet article est de démontrer que l'hyperfolliculinie est beaucoup plus souvent alléguée que réellement en cause.

Deux observations brièvement résumées tendent à démontrer que le syndrome dit hyperfolliculinique n'est que rarement dû à l'hyperfolliculinie. C'est un syndrome purement clinique aux multiples causes. Sa pathogénie demeure mystérieuse. Son traitement le plus efficace reste la testostérone. Les auteurs proposent d'appliquer à ces troubles du molimen cataménial le terme de dysmolimnie ou de dyscataménie.

R. C.

Le syndrome de Turner. (A propos de 5 observations personnelles) par M. Albeaux-Fernet, J. Deribreux, S. Tchékoff et P. Bréant. (de Paris). (*La Presse médicale*, 7 mars 1951).

Parmi les insuffisances staturales, a été individualisé au cours de ces dernières années grâce à l'emploi de méthodes d'analyse endocrinologique nouvelles, le syndrome de Turner.

Les auteurs, après une revue générale des cas publiés antérieurement, étudient en détail cinq observations personnelles et insistent sur la valeur de la cœlioscopie, épreuve indispensable en raison de l'inconstance du taux élevé de la folliculo-stimuline hypophysaire.

Ils exposent les divers facteurs étiologiques et pathogéniques qui peuvent être invoqués et concluent à la nature congénitale du syndrome de Turner. Celui-ci leur paraît lié à une perturbation de l'embryogénèse, réalisant des dystrophies et des malformations d'autant plus marquées que le processus infectieux causal a été plus précoce.

R. C.

La psychopathologie de l'ovulation et de la menstruation, par A. Hutter. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

Enoncé des problèmes psychopathologiques qui se posent aux périodes de la vie sexuelle de la femme. Description des troubles psychiques pouvant accompagner les premières règles, puis les menses de l'âge adulte. Les psychoses menstruelles sont toujours périodiques et les poussées sont séparées par des intervalles de pleine santé. La psychose de l'ovulation en est une variété. Une psychose peut être l'équivalent d'une menstruation, surtout dans l'épilepsie. Par ailleurs, il y a souvent une influence réciproque entre une psychose non menstruelle et les menstruations. Quelques exemples. Deux graphiques.

H. Bersot.

Action des hormones sexuelles et corticosurrénales sur les fibres nerveuses sympathiques, par Mme B. Chauchard et P. Chauchard. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 26 mai 1951).

Les auteurs mettent en évidence une légère action excitante, sur les fibres pré-ganglionnaires et post-ganglionnaires du sympathique cervical du lapin,

de la folliculine, la progestérone, la testostérone, la désoxycorticostérone et la cortisone. Ce processus doit prendre part, à côté des perturbations apportées par ces hormones aux effecteurs périphériques d'une part et aux centres nerveux de l'autre, au déterminisme complexe des actions hormonales. Ces recherches électro-physiologiques s'accordent ainsi avec les observations histologiques de Champy et Coujard.

L. R.

Action comparée de l'hormone adréno-corticotrope (A.C.T.H.) et de la cortisone avec quelques facteurs enzymatiques sur l'intoxication alcoolique expérimentale, par R. Lecoq. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 10 novembre 1951).

A l'aide d'expériences conduites sur le lapin, l'auteur montre que les facteurs hormonaux (A.C.T.H. et cortisone) qui exercent une action inhibitrice nette sur les effets nerveux de l'alcool éthylique et sur ceux de l'acide pyruvique n'ont qu'une faible activité sur les processus d'intoxication qui se trouvent surtout influencés par le couple nicotinamide-adénine (qui neutralise également les effets nerveux de l'alcool) et, en ordre décroissant, par la choline, le glutathion, l'anthiamine et l'acide ascorbique. La riboflavine (qui n'est pas dépourvue d'action toxique) ne paraît pas intervenir.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'ictus cérébral d'origine vasculaire, par Paul Cossa (de Nice). (*La Presse médicale*, 13 mai 1953).

La réaction d'œdème cérébral domine l'histoire pathogénique de tous les accidents vasculaires cérébraux. Aussi le traitement de l'ictus apoplectique, *dans tous les cas*, doit-il comporter la mise en train d'une perfusion veineuse continue de sérum glucosé isotonique (500 cm³ par huit heures) additionné de seurocaïne (40 cm³ à 1 %) et de phénergan ou de 4560 R.P. A ce traitement de base doivent s'ajouter : 1° s'il s'agit sûrement d'un ramollissement, l'héparine et les infiltrations stellaires ; 2° s'il s'agit sûrement d'une hémorragie, la thrombase. Dans la suite doivent être envisagés : 1° le recours aux ganglioplégiques forts en cas de syndrome immédiatement grave ; 2° le recours à la neuro-chirurgie dans le cas d'hématome.

L. R.

La gymnastique systématique comme moyen adjuvant des soins aux malades mentaux (La ginnastica sistematica come mezzo coadjuvante dalle cure agli ammalati di mente), par Tito Scarrone (de Varese). (*Bollettino della Societa medico-chirurgica della Provincia di Varese*, n° 7, 1953).

Rappelant la grande place accordée à la gymnastique par Platon, par Hippocrate, par les Grecs et les Romains dans leur ensemble, évoquant des travaux plus récents, l'auteur indique ce qui a été fait à l'hôpital psychiatrique de Varèse sous l'impulsion du professeur Mario Fiamberti. Ce dernier,

lui-même ancien sportif, a créé des moniteurs de gymnastique pour entraîner les malades des deux sexes. Des résultats favorables ont été obtenus, même chez des sujets anciens, par exemple des catatoniques ou des post-encéphalitiques. La gymnastique régulière (une heure par jour), et avec des exercices variés, se montre très utile sur de nombreux symptômes. Elle constitue un adjuvant appréciable des autres traitements.

V.-J. Durand.

Des modifications aiguës pulmonaires au cours du coma insulinothérapique, par S. Cogan et R.-S. Gross. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 1, juillet 1951, p. 44).

Parmi les cas de mort survenus au cours du traitement insulinique, 25 % seraient dus à des complications pulmonaires. Celles-ci consistent en pneumonie par aspiration microbienne, abcès du poumon, atélectasie, œdème pulmonaire, congestion pulmonaire consécutive à une décompensation cardiaque, embolie, réactivation d'une tuberculose latente. L'auteur rapporte un cas dans lequel des aires disséminées d'infiltration et de pneumonie dans les deux poumons disparurent 72 heures après le début de la complication. Discussion sur la pathogénie de cette complication.

L. Marchand.

L'électronarcose dans un hôpital général, par Estes et H. Cleckley. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 11, mai 1951, p. 814).

Les auteurs signalent d'abord les complications qu'ils ont eu à combattre au cours du traitement et donnent les moyens de les éviter ; les principales sont : le laryngospasme, la cyanose, l'arythmie et le ralentissement du pouls, le mal de gorge, l'ébranlement dentaire, les brûlures de la peau au niveau de l'application des électrodes. Ils ont traité 110 sujets qui n'avaient tiré aucun bénéfice d'autres méthodes thérapeutiques. Ils concluent que tout malade présentant un état psychosique anxieux ou un état dépressif, remontant à plus de dix-huit mois sans amélioration doit être soumis à l'électro-narcose. Quoique beaucoup de praticiens aient recours à la psycho-chirurgie quand l'électrochocthérapie n'a eu aucun résultat chez des sujets présentant depuis plus de deux ans des troubles affectifs, l'électronarcose doit d'abord leur être appliquée avec quelque espoir. L'électro-narcose est indiquée dans les psychoses évolutives et la mélancolie ; elle l'est moins dans la psychose maniaque-dépressive, la neurasthénie et les obsessions-impulsions. Elle a comme avantages de ne pas être dangereuse, de ne pas entraîner de complications graves, d'être suivie d'un simple état confusionnel ; on peut lui associer la psychothérapie. Contrairement à l'électrochocthérapie, elle nécessite une surveillance médicale continue et un personnel expérimenté.

L. Marchand.

L'électronarcose dans les psychoses chroniques, par Hand Bührer. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 2).

Exposé technique de la méthode ; dangers immédiats minimes. Les troubles possibles durables ou définitifs de la mémoire ou du cœur pas encore

bien connus, ainsi que les résultats obtenus dans 41 cas traités, justifient un jugement réservé.

H. Bersot.

L'électrochoc prophylactique, par G. H. Stevenson et J. J. Geoghegan. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 10, avril 1951, p. 743).

Les auteurs décrivent une technique qui a pour but de prévenir le retour des accès maniaco-dépressifs. Elle consiste à faire subir aux malades un électro-choc une fois par mois pendant cinq ans. Après cette période, l'électro-choc n'est plus appliqué que tous les deux mois, puis tous les trois mois, et enfin tous les six mois. On peut faire avorter les accès qui sont très fréquents en appliquant l'électro-choc dès les premières manifestations des symptômes. L'électro-choc prophylactique est peu efficace comme traitement des épisodes schizophréniques. Cette méthode réussit moins bien quand les sujets sont obligés de vivre dans un milieu où ils ne trouvent pas des conditions favorables ; une psychothérapie sociale est alors nécessaire. Comme les malades peuvent avoir une certaine aversion à suivre cette technique, on doit s'attacher à rendre l'électro-choc le moins désagréable possible. Quand les accès sont très prolongés ou très fréquents, quand ils ne sont pas suspendus par l'électro-choc thérapeutique, on peut obtenir de bons résultats par la lobotomie.

L. Marchand.

Réponses conditionnées par les malades après électrochocthérapie, par S. Fleck et W. H. Gantt. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 4, octobre 1951, p. 280).

L'aptitude à donner une réponse conditionnée à une excitation consistant en une légère douleur a été testée chez dix malades avant, durant, pendant et après l'électrochocthérapie. Chez six sujets, cette aptitude fut trouvée affaiblie. Chez un malade, le trouble disparut vingt-quatre heures et chez un autre deux semaines après la dernière crise. Chez deux sujets, il persistait encore deux semaines après la suspension du traitement et le test ne put leur être appliqué dans la suite ; chez deux autres sujets, l'inaptitude à donner une réponse conditionnée dura trois et neuf semaines. L'intensité de l'inaptitude est en rapport avec le nombre de convulsions subies par le malade. Les résultats observés chez les animaux montrent que ce déficit peut encore exister alors qu'on ne peut le constater cliniquement.

L. Marchand.

Quelques expériences neuro-psychiatriques en relation avec l'électrochocthérapie, par L. Halpern. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 2).

L'auteur traite sommairement de quelques questions théoriques et pratiques : le lieu de déclenchement de la crise ; la racine neuro-biologique profonde de la fonction indicatrice de la main ; le phénomène réflexe de Mayer, le seul qui subisse une modification constante, et sa seule dépendance du tonus périphérique (pas de signification pyramidale), le mode d'ac-

tion organique probable du choc ; l'angoisse du choc, indicatrice sensible de la profondeur d'une dépression ; la valeur diagnostique du choc ; les complications cérébrales possibles. Ce traitement de valeur ne doit être appliqué que selon des indications très strictes et un nombre de fois limité.

H. Bersot.

Etude portant sur dix années d'électrocomathérapie, par J.-L. Petterman, V.-M. Victoroff, J. Hobbocks et E.-B. Bregman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 4, octobre 1951, p. 264).

Les auteurs préfèrent le terme d'électrocoma à celui d'électrochoc pour éliminer le terme péjoratif de choc qui impressionne les malades. Ils ont suivi pendant une période de neuf à dix années 65 malades dont le principal symptôme était un état dépressif symptomatique de psychose maniaque-dépressive, de dépression simple, de mélancolie involutive, de schizo-dépression. Le traitement initial avait donné un bon résultat chez 45 d'entre eux ; une amélioration relative chez 16 ; chez 4 sujets, l'état n'avait présenté aucun changement ou s'était aggravé. Dans la suite, 32 malades présentèrent des rechutes, qui nécessitèrent un nouveau traitement. Parmi ceux-ci, 18 guérirent de nouveau et le résultat fut médiocre chez 14. 9 malades sont morts pour des causes sans rapport avec l'électrocomathérapie. En conclusion, ce traitement n'accélère pas, ni ne retarde les rechutes. Aucune complication n'a été observée. L'électrocoma ambulatoire peut être appliqué à certains sujets et on évite ainsi l'hospitalisation, on diminue les charges familiales. Il peut être associé à des traitements médicamenteux et physiques, à la psychothérapie. Il permet la prévention du suicide.

L. Marchand.

Electrochocthérapie intensive, par J. Frosch, D. Impastato et S. B. Wortis. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 3, septembre 1951, p. 204).

Plusieurs médecins ont déjà utilisé l'électrochocthérapie sous une forme intensive en donnant comme raison que l'état confusionnel ainsi provoqué pouvait avoir un bon résultat, surtout dans les cas de dépression psychogène et dans les états obsessionnels. Cependant, des complications organiques ont été observées. Pour les éviter, les auteurs ont utilisé un courant continu de 30 groupes de pulsations par seconde, de 7 milliampères et de 3 volts 1/2 en moyenne. Le courant reste appliqué pendant toute la durée de la convulsion, pendant environ 45 à 60 secondes. Sur 34 sujets atteints de dépression symptomatique de psychose maniaque-dépressive et de dépression d'involution, 30 furent guéris complètement en deux à douze jours et, parmi eux, 23 le furent en moins d'une semaine. Le nombre d'électro-chocs fut pour 30 d'entre eux de trois à huit. Deux malades présentèrent une réaction psychotique quelques jours après l'arrêt des traitements, qui avaient été suspendus parce qu'ils étaient guéris. Les auteurs conseillent deux électrochocs le premier jour, et un les deux ou trois jours suivants. On constate généralement une amélioration, puis on intercale un jour de repos. Comparée à la technique classique de l'électrochocthérapie, la technique préconisée par les auteurs raccourcit la durée de la maladie sans aucune complication.

L. Marchand.

Pronostics et données psychologiques dans l'électrochocthérapie, la psychochirurgie et les rémissions spontanées, par I.-W. Sherer. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 12, juin 1951, p. 926).

L'auteur a comparé un certain nombre de malades qui ont guéri spontanément avec un groupe de malades qui ont subi, soit un traitement par électro-chocs, soit par lobotomie. Sur 41 malades traités par électro-chocs, 20 (soit 49 %) ont été guéris. Sur 26 malades pris comme contrôle, 9 (soit 35 %) l'ont été spontanément. Sur 32 sujets lobotomisés, 12 (soit 55 %) ont été considérés comme guéris ; sur 22 sujets qui présentaient un état mental qui aurait pu être traité par la lobotomie, 7 (soit 22 %) ont semblé guéris. Tous ces sujets avaient été soumis à des tests concernant la mémoire, la capacité abstractive, la motricité. Aucune particularité à noter chez les sujets qui ont guéri spontanément et ceux qui l'ont été après électrochocthérapie. Les malades qui ont été traités avec succès par la lobotomie avaient mieux répondu aux tests de mémoire et d'abstraction que ceux pris comme contrôle et guéris. Le test de Rorschach peut aussi donner des indications concernant les sujets susceptibles de bénéficier de l'électrochocthérapie et de la lobotomie.

L. Marchand.

De l'incision sous-corticale sélective. Résultats d'une nouvelle méthode de lobotomie partielle, par W. B. Scoville, E. K. Wilk et A. J. Pepe. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 10, avril 1951, p. 730).

Une lobotomie totale altère trop la personnalité pour que l'on continue son emploi sauf chez les malades mentaux sévèrement détériorés. L'auteur expose une nouvelle méthode de lobotomie partielle consistant en sections sous-corticales déterminées ; elle présente certains avantages techniques comme précision, comme préservation de la vascularisation, comme facilité et accessibilité. Il décrit sa technique suivant qu'elle porte sur la surface supérieure des lobes frontaux (aires 9 et 10 de Brodmann), sur la surface orbitaire ou sur le gyrus médian cingulaire et il l'illustre de trois planches.

Ces interventions sous-corticales ont été maintenant pratiquées en nombre suffisant pour permettre de recommander cette méthode.

Les résultats des sections sous-corticales indiquent que les lobes frontaux n'ont que peu de spécificité dans leurs effets sur les psychoses, mais une spécificité définie sur la personnalité. Les psychoses sont favorablement affectées par l'isolement limité de quelques aires des lobes frontaux. La personnalité n'est pas troublée, ou elle l'est peu, après l'isolement de la surface orbitaire ; elle l'est nettement après l'isolement de la surface supérieure comme après la lobotomie classique, quoique à un degré moindre.

Après les lobotomies totales, l'altération de la personnalité est plus marquée chez les sujets non psychotiques que chez les psychotiques. C'est pourquoi des lobotomies seulement partielles doivent être pratiquées chez les sujets présentant des troubles de l'humeur, chez les névrotiques, chez ceux atteints de douleurs irréductibles.

La section sous-corticale de la surface orbitaire semble l'opération idéale dans les psychonévroses et les troubles légers de l'humeur en raison de l'absence presque complète de modifications de la personnalité.

La section sous-corticale de la surface supérieure ou de la surface orbitaire doit être réservée aux malades atteints de psychoses schizophréniques et de troubles profonds de l'affectivité ; les résultats sont les mêmes que ceux que l'on obtient après la lobotomie totale, mais certainement avec moins de troubles de la personnalité.

Les douleurs irréductibles, si elles sont accompagnées de psychalgie ou d'une anxiété excessive, répondent bien à la section sous-corticale supérieure. La section sous-corticale du gyrus cingulaire médian est techniquement plus difficile, plus dangereuse, et les résultats sont finalement difficiles à déterminer. Certains cas, qui n'ont pas répondu favorablement à la section sélective sous-corticale, peuvent être soumis à une lobotomie complète comme deuxième procédé.

L. Marchand.

Modifications du poids du corps chez les schizophrènes après la lobotomie préfrontale, par C. Buck, H.-B. Carscallen et G.-E. Hobbs. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 1, juillet 1951, p. 46).

Avant le sixième mois qui suit la lobotomie, on ne note aucun changement important du poids du corps. Au sixième mois, un petit nombre de sujets ont gagné du poids. L'augmentation chez certains sujets n'est que la reprise de leur poids normal avant l'intervention plutôt qu'une tendance à l'obésité. L'étude séparée des sujets améliorés et des non-améliorés montre une augmentation chez les premiers et une perte de poids chez les seconds.

La thérapeutique occupationnelle en vue de la réhabilitation des sujets ne joue aucun rôle sur le poids du corps. Ces recherches indiquent qu'une augmentation de l'embonpoint ne suit pas nécessairement l'opération de la lobotomie préfrontale. Il semble que, chez les malades dont le régime alimentaire est contrôlé, l'augmentation de poids est due au meilleur appétit qui accompagne l'amélioration de leurs symptômes mentaux. La lobotomie ne paraît pas produire des modifications du métabolisme entraînant une augmentation du poids du corps. Quand celui-ci se produit sous forme d'obésité, il est dû au régime alimentaire, qui n'est pas contrôlé pendant la période post-opératoire.

L. Marchand.

Appréciation des résultats immédiats et tardifs de la lobotomie préfrontale dans 600 cas comprenant un cas post-encéphalitique et d'autres états organiques, par H. J. Worthing, H. Brill et H. Wigderson. (*The American Journal of Psychiatry*, vol 108, n° 5, novembre 1951, p. 328).

Les 600 sujets ont été opérés par le même chirurgien et ont été suivis par le même psychiatre ; 90 % étaient des déments précoces.

La lobotomie préfrontale a une action thérapeutique, elle est utile et pratique. Les suites psychiatriques sont stables et progressives. La mortalité opératoire oscille entre 3 et 6 % et les décès tardifs sont plutôt moins nombreux que ceux que l'on observe dans la population moyenne de l'hôpital. 1 % seulement des opérés a présenté une aggravation. L'opération n'a aucun effet défavorable et n'entraîne aucune détérioration mentale. Les

modifications de la personnalité sont rares, peu importantes, et tendent à disparaître au cours de la première et de la deuxième année après l'intervention. On a noté l'apparition d' « états schizophréniques ». Les convulsions post-lobotomiques sont notées dans 5 % des cas. Elles n'ont pas semblé avoir un effet clinique favorable bien que les malades répondent à l'électrochocthérapie d'une manière habituelle. Les convulsions spontanées surviennent parfois en série et sont plus fréquentes chez les catatoniques que chez les autres malades. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les sujets qui étaient hospitalisés depuis moins de trois ans. Une amélioration dans le comportement fut obtenue également chez les malades les plus chroniques. Deux tiers environ des opérés restèrent à l'hôpital mais on nota chez eux une diminution de l'agressivité, de l'impulsion à détruire, du gâtisme, de la malpropreté, des tendances homosexuelles, du refus des aliments, etc... D'après l'observation de malades portant sur un à quatre ans après l'intervention, il résulte qu'un tiers des malades ont pu retourner chez eux, proportion qu'on n'obtient pas chez les sujets présentant un même diagnostic et qui n'ont pas été soumis à la lobotomie. Les modifications dans la sphère de la sexualité consistent surtout en un retour à la normalité chez les femmes antérieurement frigides. Pratiquée chez un parkinsonien post-encéphalitique, chez un paralytique général, chez un sujet atteint de dystrophie musculaire et chez un autre atteint de paralysie cérébrale congénitale, l'intervention donna les mêmes résultats au point de vue psychotique que dans les formes fonctionnelles et n'aggrava pas la maladie organique.

L. Marchand.

Rapport comparé entre des malades lobotomisés et des sujets pris comme contrôle, par S. Friedman, E. Moore, C. Ranger et C. Russman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 1, juillet 1951).

Rapport sur 254 sujets suivis durant deux ans après avoir été lobotomisés. Les cas de démence précoce représentent 81,5 % du groupe ; chez 73 % des sujets, l'affection mentale avait eu une durée de plus de cinq ans ; 76 % avaient été hospitalisés plus de deux ans avant l'opération. Comme comparaison, les auteurs donnent les résultats de 100 sujets suivis également pendant deux ans (malades qui ne furent pas opérés parce que leur famille refusa l'intervention).

Chez les lobotomisés, 50 à 60 % furent améliorés. Les meilleurs résultats furent obtenus chez les malades présentant des troubles de l'affectivité, par exemple des états dépressifs, un caractère agressif, un comportement hyperkinétique. Parmi les déments précoces, ce sont les formes paranoïdes qui furent surtout améliorées. Des crises convulsives apparurent chez 10 à 15 % des opérés ; elles furent facilement suspendues par un traitement anticonvulsif. La mortalité due à l'opération est de 2 à 3 %.

Parmi les malades qui ne furent pas opérés, 3 % seulement présentèrent une légère amélioration. Le traitement par électro-choc ne donna aucun résultat. Deux sujets purent quitter l'hôpital et l'un d'eux fut réhospitalisé après une courte période.

Les auteurs concluent que, après la deuxième année d'hospitalisation, les cas de démence précoce peuvent être considérés comme incurables par l'élec-

trochocthérapie, car les cas de guérison sont alors exceptionnels. On ne doit pas attendre plus longtemps pour les soumettre à la lobotomie.

L. Marchand.

De quelques résultats avec la leucotomie transorbitaire, par M.T. Moore et N. W. Winkelman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 11, mai 1951, p. 801).

Rapport sur 110 malades qui ont subi la leucotomie transorbitaire. Il s'agit de 74 cas de schizophrénie, 19 cas de psychonévrose, 14 cas de psychose affective, 2 cas de psychose paranoïde, 1 cas de faiblesse mentale avec paranoïa.

Dans le groupe des schizophrènes, malades qui avaient reçu toutes les formes de traitements et qui étaient considérés comme incurables, 53 % furent améliorés. Les schizophrènes catatoniques et paranoïdes furent ceux qui bénéficièrent davantage du traitement puisque respectivement 74 % et 63 % furent améliorés. De bons résultats ont été obtenus contre l'agitation dans tous les cas d'affaiblissement mental où celui-ci était intense.

Dans les cas de psychonévrose qui avaient été traités sans résultat par les techniques psychothérapiques, par l'électrochocthérapie, etc..., on note 84 % d'amélioration progressive. Aucun bénéfice dans les psychonévroses avec préoccupations hypocondriaques prononcées. Bons résultats dans les psychoses affectives, en particulier dans les dépressions avec agitation ; 84 % des maniaques dépressifs et 63 % des déprimés involutifs furent améliorés.

La leucotomie transorbitaire, en raison de la courte hospitalisation qu'elle nécessite, du minimum de soins qu'elle exige, de la mortalité insignifiante qui en résulte est, d'après les auteurs, une méthode qui doit être appliquée à tous les malades avant qu'ils soient relégués pour la vie dans les asiles.

L. Marchand.

Lobotomie transorbitaire chez des malades chroniques, par W. W. Wilson, A. R. Pittman, R. E. Bennett et R. S. Garder. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 6, décembre 1951, p. 444).

Travail portant sur deux cents sujets lobotomisés atteints de maladies mentales chroniques, qui étaient isolés dans des chambres depuis de nombreuses années, en moyenne depuis onze ans. Ils avaient subi sans résultat les diverses méthodes thérapeutiques modernes. 26 soit 13 %, purent quitter l'hôpital ; 90, soit 45 %, furent améliorés au point qu'ils purent être employés à des travaux dans le voisinage de l'hôpital sans être soumis à une surveillance continue ; 22, soit 11 %, ne furent plus tenus enfermés dans des chambres d'isolement ; 50, soit 29,5 %, ne furent pas améliorés ; la mortalité opératoire fut de 3, soit 1,5 %. Parmi les 26 sujets qui purent quitter l'hôpital, on note 16 schizophrènes, 2 cas de psychose maniaque-dépressive, 2 cas de psychose involutive, 3 psychopathes, 1 faible d'esprit, 2 sujets atteints de psychose organique. La plupart des sujets ont été suivis pendant six mois à plus d'un an après l'intervention.

Parmi les 200 sujets opérés, 7 avaient subi une première lobotomie transorbitaire sans résultat, 6 une lobotomie préfrontale. Comme résultat, on

relève que deux sujets purent quitter l'hôpital, et deux furent très améliorés.

Les auteurs soulignent le fait que la lobotomie transorbitaire rend le malade plus susceptible d'être amélioré par l'électrochocthérapie.

L. Marchand.

Les causes des échecs dans le traitement opératoire des hernies discales, par A. Sicard (de Paris). (*La Presse médicale*, 13 octobre 1951).

Les échecs que l'on observe encore dans 4 % des interventions pour hernie discale relèvent de causes multiples étudiées par l'auteur au cours de 48 interventions : la non-découverte de la hernie, qui peut être due à une erreur de localisation, à une recherche insuffisante ou à une voie d'abord trop étroite, est une des plus fréquentes; la hernie double, la hernie controlatérale constituent des cas spéciaux; l'ablation insuffisante de la hernie, le traumatisme opératoire de la racine, l'arachnoïdite secondaire relèvent d'une technique que l'on doit s'efforcer de rendre parfaite ; les séquelles dues au lipiodol sous-arachnoïdien ne doivent plus être observées, cette méthode n'étant applicable qu'à certains cas exceptionnels de sciatique ; la discarthrose secondaire peut être évitée par l'arthrodèse complémentaire, que l'on doit réserver à quelques cas bien précis.

En posant convenablement les indications de la tactique opératoire et en suivant une technique correcte, on doit pouvoir limiter ces échecs, mais, en cas de continuation de la douleur, il ne faut pas hésiter à intervenir de nouveau.

L. R.

Traitement du tétanos du cheval par la voie carotidienne, par L. Desliens. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 23 octobre 1951).

La sérothérapie par voie carotidienne fait parvenir l'antitoxine en quantité massive dans l'encéphale ; la chimiothérapie, associée par la même voie à la sérothérapie, a les plus grandes chances d'efficacité. Les guérisons les plus fréquentes ont coïncidé avec l'emploi en injections lentes d'eau oxygénée à 3 volumes (moins diluée, elle serait très dangereuse), de tallialine, d'hexaméthylène tétramine, de formol, d'anesthésiques. Le traitement symptomatique par voie carotidienne est à envisager surtout pour atténuer le trismus, qui a des conséquences dangereuses lorsqu'il se prolonge alors que la mort semble conjurée.

Traitement du tétanos du cheval par immuno-transfusion, par L. Desliens. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 23 octobre 1951).

L'auteur a utilisé, pour traiter les chevaux atteints de tétanos, les transfusions de sang de chevaux récemment guéris, puis de sang de chevaux immunisés par l'anatoxine ; le pourcentage de mortalité est abaissé et l'allure de la maladie est modifiée.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance surtout consacrée à des communications de biologie se rapportant à la psychiatrie, aura lieu le *lundi 8 juin 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre du Centre d'études physiologiques, 5 *ter*, rue d'Alésia, à Paris (XIVe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 juin 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 6 juillet 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'*août* ni pendant le mois de *septembre*.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 octobre 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr André ACHAINTRE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier, à Bron (Rhône) ;

Mme le Dr Yvonne André est nommée psychiatre départementale de la Guyane ;

Mlle le Dr Giraudon est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Cayssiols (Aveyron) ;

M. le Dr Pierre Lambert est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (Savoie) ;

Mme le Dr Agnès Masson est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde) ;

M. le Dr F. Tosquelles est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Alban (Lozère).

SOCIÉTÉS

112e Réunion annuelle de The Royal Medico-psychological Association

La *112e Réunion annuelle* de *The Royal Medico-psychological Association* aura lieu du *7* au *10 juillet 1953*, à *Barnwood House, Gloucester*, sous la *présidence* de *Gerald William Thomas Hunter Fleming*, M.C.R.S., L.R.C.P., D.P.M.

Secrétaire général : R. W. Armstrong.

ASSISTANCE

L'augmentation du nombre des malades mentaux en France et ses causes

La *Direction de l'hygiène sociale*, du *ministère de la santé publique et de la population* vient de publier une note sur l'augmentation du nombre des maladies mentales en France. Cette augmentation des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques est illustrée par les chiffres suivants :

	MALADES
En 1946	65.000
En 1947	68.000
En 1948	75.300
En 1949	80.000
En 1950	85.500
En 1951	92.500

Cette augmentation n'est pas imputable à une stagnation des malades dans les hôpitaux psychiatriques, car le nombre de sorties pour guérison ou amélioration reste aussi élevé. Cet accroissement de la morbidité mentale semble

avoir plusieurs causes : le vieillissement de la population, qui continue à accroître sans cesse le nombre de vieillards atteints de troubles mentaux plus ou moins accentués, les difficultés de la vie actuelle, surtout en matière de logement, de soins et de service à domicile (les familles ne gardent plus les vieillards chez elles dès qu'ils deviennent gâteux ou turbulents) ; enfin, la recrudescence de l'alcoolisme qui, depuis la fin des restrictions, contribue dans une mesure importante à encombrer les hôpitaux psychiatriques.

Il faudrait penser à accroître la capacité des hôpitaux pour malades mentaux, améliorer leur rendement thérapeutique, étudier de nouvelles formes de placement, développer la prophylaxie des maladies mentales par la lutte contre l'alcoolisme et l'organisation de plus nombreuses consultations d'hygiène mentale.

Ce n'est pas seulement en France que se pose ce problème. Il existe actuellement, avec une acuité encore plus grande, aux U.S.A.

(*La Presse médicale*, 13 mai 1953).

PSYCHOTECHNIQUE

Création d'un diplôme d'Etat de psychotechnicien

Par décret du 13 mars 1953, paru au *Journal officiel* le 18 mars 1953, il vient d'être créé un *diplôme d'Etat de psychotechnicien*, qui sera délivré aux candidats ayant obtenu le *certificat d'études psychotechniques*, puis effectué le stage et soutenu la thèse prévus.

Sont admis à poser leur candidature à ce certificat d'études psychotechniques :

a) les diplômés de l'enseignement supérieur, savoir : licenciés ès sciences, ès lettres, en droit, les diplômés des instituts d'études politiques, les docteurs en médecine et en pharmacie, ainsi que les titulaires du certificat d'aptitude aux professorats du second degré, de l'enseignement technique, des écoles normales et d'éducation physique ;

b) les anciens élèves des grandes écoles de l'Etat et les titulaires d'un diplôme d'ingénieur délivré en conformité de la loi du 10 juillet 1934 ;

c) les élèves de l'institut de psychologie de l'Université de Paris possédant deux au moins des diplômes de cet institut ;

d) les titulaires du diplôme d'Etat de conseiller d'orientation professionnelle ou du diplôme de l'institut national d'étude du travail et d'orientation professionnelle ;

e) les élèves du Conservatoire national des Arts et Métiers ayant obtenu deux certificats complets des cours suivants : organisation scientifique du travail, sécurité du travail, physiologie du travail, sélection et orientation professionnelles.

L'examen du certificat d'études psychotechniques comporte des épreuves écrites éliminatoires, des épreuves pratiques éliminatoires et des épreuves orales. Les titulaires du diplôme d'Etat de conseiller d'orientation profes-

sionnelle pourront être dispensés, sur leur demande, de certaines des épreuves de l'examen.

Après un stage pratique dans un ou plusieurs des services ou établissements agréés, les candidats devront présenter un travail personnel, sous forme de thèse, sur un sujet agréé par le président du jury et soutenu devant une commission de 3 membres désignés par le ministre chargé de l'enseignement technique sur la proposition du président du jury. Cette commission proposera l'attribution du *diplôme d'Etat de psychotechnicien* avec, s'il y a lieu, mention honorable ou très honorable.

Les candidats au diplôme d'Etat de psychotechnicien devront être âgés de 25 ans au moins au moment où ils seront appelés à subir la dernière épreuve. Aucune dispense d'âge ne pourra être accordée. Cependant, des dispositions transitoires sont prévues pendant une durée de cinq années à compter de l'institution de la première session de ce diplôme pour les praticiens âgés au moins de 30 ans, ayant exercé pendant cinq années au moins les fonctions de psychotechnicien dans un service ou une entreprise industrielle ou commerciale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Commissions de prix pour 1953

Pour les prix à attribuer à des travaux de *neurologie* et de *psychiatrie*, la Commission est composée de MM. Guillain, Rouvillois, Debré, Laignel-Lavastine, Pasteur Vallery-Radot, Baudouin, Lhermitte, André-Thomas, Mme Randoin, MM. Giroud et Alajouanine.

Prix à décerner par l'Académie pour l'année 1954

De cette liste longue de récompenses, signalons ici quelques prix pouvant intéresser, à divers titres, les auteurs de travaux neuro-psychiatriques. Les concours seront clos fin février 1954. Seuls les prix donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Prix Charles Achard (150.000 francs). — destiné à encourager, faciliter et récompenser tout travail (ou toute recherche) jugé digne par l'Académie. les maladies ci-après et leur traitement ou guérison : cancer, *épilepsie*, choléra, etc...

Prix de l'Académie (10.000 francs). — anonymat facultatif. — question posée : « La détection des tumeurs cérébrales par les isotopes radio-actifs ».

Prix Charles Achard, destiné à encourager, faciliter et récompenser tout travail (ou toute recherche) jugé digne par l'Académie.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (1.700 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur mémoire sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Baillarger (4.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Charles Boullard (3.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur ouvrage sur les maladies mentales.

Prix Henri Buignet (2.400 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail français sur les application de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix du Dr Burgkly (1.200 francs). — aux meilleurs travaux sur l'histoire de la médecine.

Prix Civrieux (2.500 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Clarens (650 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix du Conseil général de la Seine (50.000 francs). — pour encourager, faciliter ou récompenser tout travail (ou toute recherche) jugé digne par l'Académie.

Prix Crapet (8.000 francs). — anonymat facultatif. — pour récompenser des travaux faits pour « l'étude et la guérison des maladies ».

Prix Jean Dietz (30.000 francs). — anonymat facultatif. — destiné à encourager les recherches relatives au traitement des asthénies et des anxiétés.

Prix Gaston Fournier (7.000 francs). — au meilleur ouvrage sur la médecine du travail.

Prix Jacques Guérétin (1.250 francs). — anonymat facultatif. — à des travaux ne devant s'appuyer que sur des observations puisées dans la clinique humaine, sans aucune vivisection ou expérience sur les animaux.

Prix du Dr Paul Guillaumet (2.600 francs). — anonymat interdit. — au meilleur travail original relatif à l'hygiène de l'enfance.

Prix Catherine Hadot (12.000 francs). — au meilleur ouvrage français sur les maladies ci-après et leur traitement ou guérison : ....., 2° cancer, *épilepsie*, choléra, etc...

Prix Théodore Herpin (de Genève) (4.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix du Baron Larrey (860 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail de statistique médicale.

Prix Henri Lorquet (550 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Magnan (8.500 francs). — anonymat facultatif. — question posée : « La cure de sommeil dans les psychoses ».

Prix Pierre Marie (12.000 francs). — décerné par l'Académie sur proposition de ses membres. — destiné à faciliter ou à récompenser des travaux concernant, soit l'anatomie, soit la physiologie, la biochimie, la pathologie expérimentale du système nerveux, soit la clinique neurologique, soit la neuro-chirurgie.

Prix A.-J. Martin (2.300 francs). — anonymat facultatif. — question posée : « Poliomyélite et eau. Etat actuel de la question ».

Prix du Dr Gustave Ollive (de Nantes) (4.200 francs). — destiné à reconnaître ou faciliter le travail scientifique.

Prix Orfila (5.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur une partie quelconque de la médecine.

Prix du Baron Portal (2.800 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'anatomie pathologique.

Prix Sabatier (750 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur n'importe quelle branche des sciences médicales.

Prix Saintour (7.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Vautrin-George (900 francs). — anonymat interdit. — à l'auteur des meilleurs travaux de laboratoire portant sur la chimie médicale ou la thérapeutique expérimentale.

Prix Vernois (1.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix de la Ville de Paris (100.000 francs). — pour encourager, faciliter ou récompenser tout travail (ou toute recherche) jugé digne par l'Académie.

Les concours seront clos fin février 1954.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1953 (2e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 84.712. — 1953
C.O.A.L. 31.2330.